COUNTWAY LIBRARY
HC 4ND3 T

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

NOTES CLINIQUES

SUR QUELQUES

MALADIES DES ENFANTS

5 15

NOTES CLINIQUES

SUR QUELQUES

MALADIES DES ENFANTS

PAR

Le Dr Eugène REVILLIOD

Ancien interne des hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital Trousseau (Enfants malades)
Membre correspondant de la Société Anatomique de Paris

Avec 16 tracés de température

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1886

BOSTON MEDICAL
DEC 21 1917
LIBRARY
9196
26.C.184

NOTES CLINIQUES

SUR QUELQUES

MALADIES DES ENFANTS

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales nous avons passé deux ans, comme externe d'abord, puis comme interne, à l'hôpital Trousseau.

Comme élève du professeur Lannelongue, en 1880, nous avons appris à connaître et à aimer les enfants; notre plus grand désir était alors de les étudier de plus près comme interne dans un service de médecine.

Notre excellent maître, M. Cadet de Gassicourt, nous a accueilli avec toute la bienveillance dont il a coutume d'user envers ceux qui ont recours à lui. Voilà comment il nous est possible de donner aujourd'hui le fruit d'une année passée sous son habile direction.

Choisir un sujet pour sa thèse inaugurale n'est pas toujours chose facile. Après en avoir abordé plusieurs, nous les avons abandonnés pour suivre des conseils reçus de divers côtés ; nous avons donc fixé nos préférences sur celui que nous présentons maintenant.

Prendre un sujet bien défini, le développer, l'appuyer d'un certain nombre d'observations inédites, puis en tirer des conclusions, voilà la tâche que s'impose en général le candidat au doctorat.

Nous avons agi d'une façon un peu différente; après avoir classé les observations de tous les malades qui nous ont passé sous les yeux en 1885, notre intention était d'en faire ressortir les points restés un peu dans l'ombre par les auteurs classiques, de faire ainsi une série de mémoires sur des sujets de clinique infantile.

Mais le travail ainsi conçu et conduit jusqu'au bout eût de beaucoup dépassé les limites d'espace et de temps que nous avions à notre disposition. Nous eussions aussi paru faire un nouveau livre de clinique ; cette prétention eût, avec raison, passé pour disproportionnée au but d'une thèse et à la modeste position de son auteur.

Nous avons donc restreint notre champ aux quelques affections qui nous ont semblé être les plus frappantes, nous n'en avons fait ressortir que les points les plus remarquables.

La richesse du service auquel nous avons été attaché et où toutes les observations sont prises avec suite, la grande autorité du maître qui nous a dirigé ont beaucoup contribué à fixer notre choix.

Nous avons donc réuni en divers chapitres les observa-

tions des malades qui ont séjourné dans la salle dite d'aigus, laissant à regret complètement de côté les « *chroniques* » qui nous eussent entraîné beaucoup trop loin ; nous avons publié in extenso celles qui offrent quelque intérêt, et à propos de chacune nous avons reproduit les réflexions que notre maître nous communiquait au lit du malade.

Souvent nous avons eu recours aux auteurs classiques, comparant les résultats de notre petite expérience avec ceux auxquels ils sont arrivés, faisant à l'occasion ressortir les différences et les analogies qui nous éloignaient ou nous rapprochaient d'eux. En un mot, nous avons voulu mettre au jour un simple « *Recueil de faits* ».

Si l'abondance de documents que nous avions à notre disposition a été un grand avantage pour nous, elle a aussi présenté quelques inconvénients. Pour mener à bien un travail de cette nature il nous eut fallu beaucoup d'expérience et de temps, l'une et l'autre nous ont fait défaut.

Un grand nombre de sujets ont été complètement laissés de côté, plusieurs à peine effleurés. Il y aurait matière à de longs et intéressants développements, là où souvent nous avons été obligé d'esquisser notre pensée. En outre, les recherches bibliographiques que nous n'avons faites que dans les principaux ouvrages de clinique infantile eussent dû être beaucoup plus complètes. En fouillant dans les mémoires épars nous eussions sans doute trouvé bien des documents précieux et bien des observations comparables aux nôtres. Mais nous avons été forcé de nous contenter de nos propres notes

sans même chercher à faire des rapprochements d'où eussent découlé peut-être de curieuses conclusions.

Enfin nous ne nous sommes pas écarté du domaine de la pure clinique en l'appuyant, il est vrai, sur des conclusions d'autopsie chaque fois que cela nous a été possible.

Tel qu'il est ce travail présente donc bien des lacunes, bien des imperfections.

Nous nous estimerions heureux si les documents que renferme notre thèse pouvaient à l'occasion être utiles à des travaux ultérieurs, nous serions dans tous les cas satisfait si quelqu'un de nos collègues et successeurs entreprenait un travail analogue. Il faudrait alors qu'il en eût l'idée dès le commencement de l'année et qu'il y travaillât plus longtemps que nous, pour que son œuvre restât moins éloignée de la perfection que la nôtre.

Avant d'entrer en matière nous tenons à remercier nos maîtres dont la bienveillance et le savoir nous ont constamment été d'un inestimable prix.

En le faisant nous ne nous conformons pas seulement à l'usage établi, mais surtout nous exprimons avec une entière sincérité les sentiments qui nous animent.

Notre reconnaissance s'adresse donc à MM. Lannelongue et Charles Fernet, dans les services desquels nous avons été externe en 1880 et 1881 ; à MM. Luys, Desprès, Landrieux et Cadet de Gassicourt, auprès desquels nous avons rempli les fonctions d'interne et qui nous ont sans cesse témoigné la plus grande bienveillance.

Que ces maîtres soient bien assurés de notre dévouement et de notre constant attachement. Nous avons trouvé

chez eux la science, l'expérience, l'exemple d'une vie laborieuse, l'affection à notre égard ; ce sont des choses qui ne s'oublient pas.

Enfin, que M. le professeur Peter qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse veuille bien, lui aussi, agréer l'expression de notre gratitude.

BOSTON MEDICAL
DEC 21 1917
LIBRARY

CHAPITRE PREMIER

FIÈVRE TYPHOÏDE

Souvent méconnue et confondue avec la méningite, avec la fièvre muqueuse ou inflammatoire, absolument niée par Petit et Serres qui disent qu'elle n'existe que chez l'adulte, la fièvre typhoïde fut signalée chez l'enfant par H. Bell dans sa thèse, en 1834, puis décrite par Becquerel en 1839. Dès lors, les travaux de Taupin, Rilliet et tous les ouvrages qui s'occupent des maladies des enfants la décrivent avec exactitude.

Mortalité. — Les auteurs sont d'accord pour dire qu'elle ressemble beaucoup à la fièvre typhoïde de l'adulte, elle en diffère surtout par sa plus grande bénignité.

Rilliet et Barthez disent pourtant avoir perdu un quart de leurs malades à l'hôpital, mais les statistiques plus récentes sont loin d'atteindre un chiffre de mortalité aussi élevé : Henoch, sur 152 cas observés dans un service hospitalier en a vu mourir 21, c'est-à-dire 13 0/0 ; Girard (thèse 1881) relève 150 cas de fièvre typhoïde dans le service d'Archambault, de ce nombre douze sont morts, soit 8 0/0 ; c'est ce chiffre que donne également la statistique de M. Cadet de Gassicourt.

Quant à nous, sur 69 dothiénentéries observées en 1885 à l'hôpital, nous en avons vu mourir cinq, c'est 7.25 0/0, et encore l'une d'entre elles a-t-elle succombé à une scarlatine contractée dans le service.

Age. — L'âge de nos malades a oscillé entre deux et quatorze ans. Quarante-quatre enfants avaient de huit à quatorze ans, vingt-trois de deux à sept ans.

Si nous n'avons pas eu occasion de voir de fièvre typhoïde au-dessous de deux ans, c'est qu'à cet âge-là les malades ne peuvent être soignés à l'hôpital Trousseau ; mais la maladie n'est pas rare dans la première enfance. Chanceley dit l'avoir vue chez des nouveau-nés.

Ce qu'il faut conclure de ces chiffres c'est que la fièvre typhoïde est fréquente dans l'enfance et qu'elle y est moins meurtrière que dans l'âge adulte.

Mais n'insistons pas sur des questions connues de tous et déjà mises en lumière par ceux qui ont traité de la dothiénentérie chez l'enfant ; le but de ce travail est de signaler à l'attention du lecteur un certain nombre de points qui ressortent de nos observations.

Début. — Le début de l'affection est le plus souvent insidieux et traînant, ce n'est que peu à peu que l'enfant passe de l'état physiologique à l'état pathologique, et parmi les symptômes qui marquent ce passage, nous voyons les *vomissements* signalés par un grand nombre d'auteurs. Taupin les a vus dans le tiers des cas, Barrier 10 fois sur 24, Henoch 20 fois sur 192, Rilliet et Barthez disent que dans les formes graves de la maladie ils exis-

tent une fois sur deux, mais qu'ils manquent dans la forme bénigne ; enfin pour D'Espine et Picot les vomissements, avec la constipation et la céphalalgie, marqueraient souvent le début des fièvres typhoïdes graves. De là viennent les difficultés de diagnostic que rencontre fréquemment le médecin au début de la maladie.

Parrot affirme que les vomissements ne durent guère plus de 24 ou 48 heures, et West les regarde, lorsqu'ils persistent, comme appartenant en propre à la méningite tuberculeuse. Murchison augure favorablement de la marche ultérieure d'une fièvre typhoïde qui débuterait par des vomissements même répétés.

Il nous semble que ces auteurs ont exagéré l'importance de ce symptôme, car nous ne le retrouvons que six fois sur nos 69 observations et une fois il a marqué le commencement d'une rechute. M. Cadet de Gassicourt ne signale qu'un seul cas à début brusque par des vomissements. Il convient cependant d'ajouter que nos chiffres personnels ne peuvent avoir beaucoup d'autorité, eu égard aux renseignements souvent incomplets et erronés que donnent les parents sur l'évolution de la maladie avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Chez deux de nos enfants la fièvre a commencé par un *torticolis*.

Dans le premier cas il s'agit d'un garçon de douze ans qui fut pris le 13 novembre d'un torticolis très douloureux ; les symptômes s'amendèrent au bout de huit jours et firent place alors à des signes non douteux de fièvre typhoïde, qui évolua sous nos yeux et dura trente-sept jours.

A son entrée à l'hôpital, le 28 novembre, quinze jours après le

début du torticolis, il persistait encore un peu de douleur au niveau des sixième et septième vertèbres cervicales et une certaine difficulté à tourner la tête à droite.

Dans le second cas nous voyons un enfant de onze ans être pris de torticolis dix jours avant le début de la dothiénentérie. La fièvre eut une marche régulière, avec taches rosées, et se termina sans autre incident le seizième jour.

Nous n'avons retrouvé de cas analogue dans aucun des travaux que nous avons consultés. Guéneau de Mussy (Clin. médicale, tom. III) signale comme possibles, chez les enfants, des débuts par mal de gorge, de cou, de mâchoires, avec fièvre, délire et convulsions et il ajoute (p. 400) que les crampes, le trismus, le torticolis peuvent exister.

Que faut-il conclure de ces deux cas ? Est-ce une simple coïncidence, ou est-ce la première atteinte de la maladie ? Nous inclinerions plutôt vers la première hypothèse.

Quelquefois le début est absolument *brusque,* c'est ce qui a eu lieu chez trois de nos malades dont voici l'histoire en résumé :

1° Enfant de dix ans et demi dont la sœur est malade de fièvre typhoïde.

La maladie a débuté le 26 novembre à midi par la céphalalgie et de la diarrhée, des nausées sans vomissements.

Le huitième jour les taches rosées ont apparu, la fièvre a été très bénigne et s'est terminée le quatorzième jour.

2° Enfant de sept ans. La maladie a débuté le 2 juin par de la fièvre avec des frissons et du délire.

A son entrée, le huitième jour, on constate une légère aug-

mentation du volume de la rate, des taches rosées de nature douteuse et un écoulement abondant et fétide de l'oreille droite.

La fièvre a évolué, marquée par une céphalalgie très grande, du délire, de la constipation sans vomissements et une température oscillant entre 38° et 39°, n'atteignant 40° qu'une seule fois ; si bien que nous avons tenu notre diagnostic en suspens jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle est survenue la diarrhée.

La température s'est maintenue à la normale à partir du vingtième jour.

3° Enfant de vingt-sept mois. Il a été pris brusquement, le 16 juillet au milieu de la journée, d'abattement, de somnolence et de fièvre. Dès ce jour-là le malade a gardé le lit.

Le neuvième jour nous constations de nombreuses taches rosées et le quatorzième jour l'apyrexie était complète, la convalescence s'établissait.

Partout nous trouvons mentionnée la possibilité du début brusque dans la fièvre typhoïde, et Henoch l'a observé dix fois dans des cas où la marche ultérieure de la maladie a été simple, à l'exception d'un seul d'entre eux. Nous voyons d'après les trois observations que nous donnons plus haut que la brusquerie de l'invasion peut être regardée comme un signe de favorable augure.

Nous arrivons maintenant à un mode de début de la dothiénentérie qui a beaucoup préoccupé le monde médical dans ces dernières années ; nous voulons parler de la *pneumonie*.

Nous en avons observé un cas et il nous est difficile de le passer sous silence, le voici :

Un enfant de huit ans fut pris, le 26 novembre au soir, en pleine santé, de frissons et de toux.

On nous l'amène le cinquième jour de la maladie. Nous constatons alors de la matité à la partie moyenne et postérieure droite de la poitrine.

L'auscultation faisait entendre au même endroit un peu de souffle et des râles, et le malade avait un point de côté.

Le diagnostic ne pouvait être douteux, il s'agissait évidemment d'une *pneumonie franche.*

Mais le lendemain notre enfant avait trois selles en diarrhée.

Puis le huitième jour le souffle et les râles se trouvèrent beaucoup diminués et, malgré cela, la température ne s'abaissait pas, restant peu élevée, 39 degrés. L'abattement était grand, la diarrhée persistait et la rate donnait une matité de cinq centimètres en hauteur.

Le huitième et le neuvième jours se passaient sans amener la défervescence attendue ; au contraire, la température s'élevait à 40° et le matin du dixième jour nous constations sept taches rosées sur le ventre.

Le onzième jour il n'y avait plus de symptômes thoraciques, mais de l'abattement et de la diarrhée.

La fièvre typhoïde se continua dès lors très douce, très bénigne, avec des températures normales le matin et s'élevant à peine à 39° le soir.

Le vingt-cinquième jour la convalescence s'établit franchement et ne fut pas troublée.

C'est donc le septième jour que le diagnostic de fièvre typhoïde nous parut probable.

Notre intention n'est pas de discuter ici, à propos de cette observation, la doctrine de la pneumo-typhoïde. Remarquons en passant qu'il ne paraît pas y avoir eu simplement coïncidence de deux affections distinctes ; car pourquoi la pneumonie, si elle eût été franche, eût-elle revêtu une physionomie si bizarre ? pourquoi la

température ne fût-elle montée qu'à 39°, les cinquième et sixième jours ? pourquoi n'y eût-il pas eu d'herpès labial ?

Suivant Parrot, la pneumonie du début de la fièvre typhoïde ne serait pas rare chez les enfants. Gerhardt (Schmidt's Jahrbücher) en cite six cas, tous terminés par la guérison ; on en trouve, en outre, dans plusieurs travaux relatifs à cette question (Potain ; Lépine, Revue mensuelle 1878 ; Galissard de Marignac, th., 1881). La simple coïncidence serait alors bien fréquente.

Avant de terminer ce qui a trait à notre observation nous tenons à citer deux auteurs : Girard (th., 188? : La fièvre typhoïde à début pneumonique) et Potain (Leçons cliniques, citées par Girard).

Le premier dit : « Chez un enfant atteint de fièvre, « toux, dyspnée et qui présente des phénomènes « typhoïdes, de très hauts chiffres de température, ob- « tenus dès le deuxième ou troisième jour, indiqueront « une pneumonie à forme typhoïde et non une fièvre typhoïde pulmonaire ». L'observation que nous rapportons donne entièrement raison à Girard, car la température de notre maladie était bien peu élevée pour une pneumonie.

Enfin Potain pense que lorsque la pneumonie apparaît tout à fait au début de la fièvre typhoïde, elle est bien plus grave que lorsqu'elle est tardive, parce qu'elle montre une violence toute particulière de la maladie primitive.

Notre observation semble donner tort à cette opinion, car il n'est pas fréquent de voir une fièvre typhoïde évoluer avec plus de bénignité, la température oscillant autour de 38° du treizième au vingt-quatrième jour ; telle est,

du reste, aussi l'opinion de M. Cadet de Gassicourt qui cite trois cas de début par pneumonie, dans lesquels la maladie est demeurée tout à fait bénigne ; celle de Gerhardt, de Lépine dont tous les malades ont guéri. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas toujours ainsi, lorsque la pneumonie apparaît au cours de la fièvre typhoïde.

Stomatites. Exanthèmes. — Nous avons observé dans le cours de quelques fièvres typhoïdes deux ordres de phénomènes rares que nous préférons ne pas considérer comme des complications, à cause du peu d'influence qu'ils ont eu sur la marche de la maladie.

Nous voulons parler des stomatites et des exanthèmes anormaux.

Quatre observations font mention des premières. Nous passerons sous silence l'une d'elles, où il s'agit du muguet qui a tapissé toute la muqueuse buccale le neuvième jour d'une fièvre typhoïde adynamique. La maladie a duré vingt-sept jours et a été suivie d'une rechute de onze jours. Ces faits ne sont pas rares, et tous les auteurs en parlent.

Mais nous signalerons le cas d'un enfant de cinq ans et demi qui, le jour même où s'établit la convalescence d'une fièvre typhoïde bénigne, ayant duré seize jours, eut les gencives de la mâchoire supérieure gauche bordées d'un liséré, avec ulcérations superficielles grisâtres. En même temps, l'haleine avait une odeur très fétide. Cet accident n'eut, du reste, aucune suite, car huit jours après, sans que la température eût dépassé la normale, les ulcérations étaient cicatrisées et la bouche en très bon état.

Chez un autre malade de neuf ans nous notons, le neuvième jours, six petites plaques ulcéro-membraneuses sur la muqueuse de la lèvre inférieure. La fièvre typhoïde dura vingt et un jours sans autre incident.

Enfin le cas le plus curieux est celui que nous a présenté un garçon de six ans, qui fut couvert du sixième au septième jour d'un rash rubéolique sur lequel nous reviendrons plus loin.

Le huitième jour nous remarquons sur le bord droit de la langue une ulcération peu profonde, à bords évasés, à fond rose, n'intéressant pas toute l'épaisseur de la muqueuse, et longue d'un centimètre environ.

Le onzième jour apparaît une seconde ulcération, analogue à la première, sur la face externe de la gencive supérieure gauche ; elle a les dimensions d'un grand noyau de cerise.

Le treizième jour, nouvelle ulcération, grande comme un pois, dans le voisinage du frein de la lèvre inférieure.

Enfin, le quinzième jour, quatrième ulcération, tout à fait semblable aux précédentes, siégeant cette fois sur le bord opposé de la langue, à gauche.

A partir du vingtième jour, la température est restée normale, les ulcérations se sont cicatrisées. La stomatite n'a en rien influencé la marche de la dothiénentérie.

En recherchant dans les auteurs ce qui a trait aux stomatites comme épiphénomènes de la fièvre typhoïde, voici ce que nous avons trouvé :

Rilliet et Barthez disent que les gencives sont quelquefois boursouflées, recouvertes de petites plaques molles, rarement ulcérées. Ils ont observé une fois à la lèvre inférieure une pseudo-membrane jaune, épaisse, adhé-

rente, formée de plusieurs couches qui ne disparut qu'au bout de plusieurs jours. Enfin ils citent la stomatite ulcéro-membraneuse comme pouvant survenir dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Cette dernière opinion est soutenue par D'Espine et Picot, qui ajoutent que les aphthes apparaissent quelquefois dans le cours des maladies gastro-intestinales et accompagnent l'herpès.

Pour Magitot les ulcérations aphtheuses seraient une affection purement locale.

Enfin Henoch exprime l'idée que les enfants atteints de dothiénentérie sont souvent portés, par la présence de petites plaques aphtheuses et d'ulcères superficiels des bords de la langue et des angles de la bouche, à y porter continuellement les doigts.

Le professeur Peter signale l'angine aphtheuse chez les typhiques.

Du reste, s'il est vrai que la stomatite aphtheuse accompagne souvent l'herpès labial, il est absolument nécessaire d'admettre au moins deux espèces d'aphthes. L'une serait l'herpès de la bouche, l'autre en serait tout à fait distincte.

En effet, on est aujourd'hui d'accord pour affirmer que l'herpès ne se montre jamais dans la fièvre typhoïde, et que toute maladie fébrile qui s'accompagne d'une éruption d'herpès peut être *a priori* considérée comme non typhoïde.

En cela nous ne sommes d'accord, ni avec Guéneau de Mussy qui affirme que l'herpès existe quelquefois sur les lèvres, mais qu'il est beaucoup plus rare sur la langue

et le voile du palais, ni avec Steiner (1) qui donne comme fréquentes les éruptions d'herpès labial, mentonnier et frontal.

Nous abordons maintenant un autre ordre de faits qui peuvent sans peine être rapprochés des précédents ; ce sont les *éruptions anormales* dans le cours de la fièvre typhoïde.

Disons tout d'abord, en passant, que nous avons constaté des taches rosées 53 fois sur 68, soit dans plus des trois quarts des cas ; le plus souvent c'est le huitième ou le neuvième jour qu'elles ont paru, une fois elles se sont montrées le sixième jour et trois fois elles ont tardé jusqu'aux dix-septième et dix-huitième jours. Leur abondance ou leur rareté ne nous a paru être d'aucune valeur pronostique, enfin les malades de tout âge les ont présentées ; nous les avons vues notamment chez des enfants de deux à trois ans, dans des cas de fièvres typhoïdes très courtes (douze à quatorze jours).

Mais outre les taches lenticulaires, nous avons pu constater plusieurs autres éruptions cutanées, chez quatre de nos malades.

Deux fois c'est à une *roséole* que nous avons eu affaire.

Garçon de quatorze ans.

Le vingt-troisième jour d'une dothiénentérie normale, marquée seulement par des oscillations de température un peu plus étendues que d'habitude, apparut une roséole généralisée, excepté à la face et au cou. Il n'y avait en même temps ni larmoiement, ni coryza, ce qui écarta d'emblée l'idée d'une rougeole. Du reste la température qui commençait à s'abaisser en une défer-

(1) Compend. des maladies des enfants.

vescence en lysis ne fut nullement modifiée par l'exanthème.

Celui-ci disparut au bout de peu de jours, et la convalescence s'établit très normalement le vingt-sixième jour.

Dans une autre observation un garçon de 12 ans présenta, le douzième jour de la fièvre typhoïde, une éruption de roséole.

Ici le phénomène dont-il est question ne paraît pas avoir été aussi inoffensif que dans le cas précédent.

La veille de son apparition, en effet, nous notions de l'agitation, du délire nocturne de parole et d'action, quoique la température ne fût pas très élevée (38°,8 le matin ; 39°,7 le soir).

Le jour même de l'exanthème le délire continuait, et les oscillations du thermomètre étaient encore moins élevées. Le pouls était dicrote, et avec la roséole il existait d'abondants sudamina.

Enfin le lendemain la roséole avait disparu, et la défervescence s'accusait ; elle fut complète le seizième jour.

Mentionnons encore l'observation d'un enfant de six ans, chez lequel une fièvre typhoïde, très normale et bénigne, avait évolué en vingt-un jours.

Le cinquième jour après le début de la convalescence, le thermomètre remontait brusquement à 40° et se maintenait entre 39° et 40° les jours suivants. Nous ne pouvions croire à une rechute, car aucun des symptômes typhoïdes n'était réapparu.

Deux jours après cette brusque ascension thermométrique, que rien ne semblait justifier, nous en avions l'explication ; il se fit une poussée très forte d'*eczéma* sur l'oreille gauche. Mais ces accidents ne durèrent pas. Après deux très grandes oscillations de la température, celle-ci s'abaissa définitivement, l'eczéma se dessécha et l'enfant sortit, huit jours après, complètement guéri.

Enfin le quatrième fait analogue que nous tenons à rapporter ici a trait à un enfant de douze ans, chez lequel le treizième jour d'une fièvre typhoïde bénigne, marquée par de la diarrhée

abondante et des taches rosées, nous vîmes apparaître une éruption d'*urticaire*, sans prurit.

Tout d'abord les deux avant-bras, le cou, les joues furent envahis ; le lendemain les plaques s'étendirent aux membres inférieurs et aux bras. La température oscillait de 38, le matin à 40°, le soir (Période des grandes oscillations). L'urticaire persista encore un jour, puis disparut.

L'état général était excellent, la température s'abaissait peu à peu et devenait normale le vingtième jour. L'éruption n'a pas eu la moindre influence sur la marche de la dothiénentérie.

Quelles sont les conclusions à tenir de ces quatre observations ?

Rilliet et Barthez, D'Espine et Picot sont muets sur les faits observés par nous. Murchison, Chédevergne (Thèse, 1864) mentionnent des érythèmes scarlatiniformes du quatorzième au dix-neuvième jour. Lemaigre (1883) a observé dans trois cas différents un exanthème rubéoliforme du seizième au vingt-et-unième jour. Homolle (Dict. pratique, art. Typhoïde) a vu un cas d'urticaire, apparue le dixième jour, accompagnée d'accidents fugaces, mais graves en apparence. Griesinger mentionne la possibilité de ce phénomène.

Voici comment s'exprime Guéneau de Mussy dans sa belle monographie de la fièvre typhoïde : « Les manifes-
« tations exanthématiques ne sont pas rares à la fin du
« premier septénaire ou au commencement du second
« sur la face, le tronc et les membres supérieurs. Elles
« sont passagères, reviennent quelquefois périodique-
« ment à la même heure, surtout le matin, durent plu-
« sieurs heures, avec une légère élévation de la tempéra-

« ture, puis disparaissent. Ce sont tantôt des plaques « érythémateuses, tantôt des exanthèmes rubéoliques ; « elles peuvent revêtir la forme de croissants, comme « dans la roséole, et se montrer sur la muqueuse buccale. « Chez certains malades elles ont un aspect urticoïde, « sans être prurigineuses, et peuvent apparaître chaque « jour jusqu'à la défervescence. »

Citons encore la thèse de Kéromnès (1881) qui fait allusion aux poussées d'urticaire et aux rash divers, ainsi qu'aux difficultés de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu ; celle de Reynaud (Eryth. polym. dans la fièvre typhoïde. Paris, 1881) qui dit : « Les éruptions « du début sont souvent des rash scarlatiniformes, celles « du déclin sont des éruptions polymorphes, résultant « probablement de l'infection typhoïde. »

Cette dernière opinion est tout à fait analogue à celle de Humbert (Th., 1873. De la Septicémie intest.) qui pense que la fièvre typhoïde peut donner lieu à une septicémie intestinale. Les éruptions cutanées seraient alors l'expression de cette septicémie, et il en donne comme exemple l'urticaire.

Il nous semble que si telle peut être l'explication rationnelle dans certain cas, il n'en est pas toujours ainsi ; car dans aucune de nos quatre observations la maladie n'a été assez sérieuse pour qu'on pût y supposer la moindre trace d'infection. L'exemple d'urticaire que nous avons donné plus haut plaide notamment contre cette manière de voir ; la fièvre typhoïde, en effet, a été si bénigne, que si nous n'y eussions constaté à plusieurs reprises des taches rosées bien caractérisées, le diagnostic eût pu

rester hésitant. Comme pour les stomatites la cause de ces exanthèmes nous échappe encore.

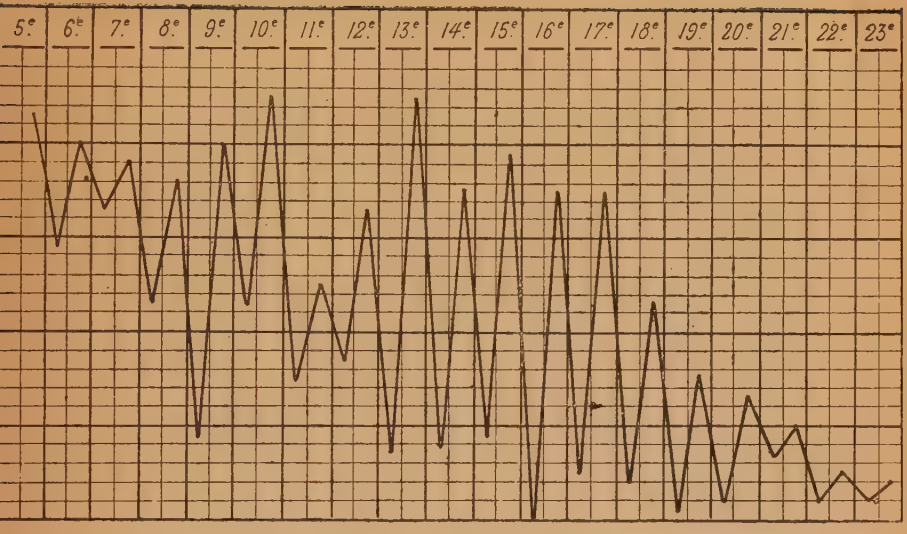
Ne quittons pas ce sujet sans parler de la coïncidence possible, surtout dans les hôpitaux d'enfants, des fièvres éruptives avec la dothiénentérie.

Rilliet et Barthez ont vu survenir la rougeole après la fièvre typhoïde; Taupin a vu quatre fois la rougeole et dix fois la scarlatine. Nous avons perdu un de nos malades qui contracta la scarlatine et la diphtérie au dix-neuvième jour de sa dothiénentérie; il succomba le cinquantième jour à la paralysie diphtérique.

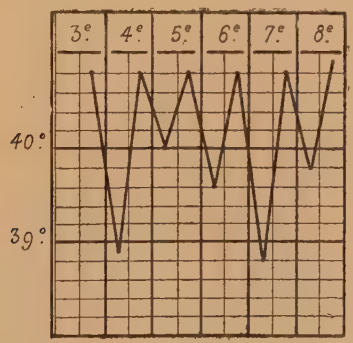
Enfin un enfant de trois ans, sorti le 12 juillet, guéri d'une fièvre typhoïde bénigne, rentra dans nos salles le 18, en pleine éruption d'une rougeole arrivée au quatrième ou cinquième jour. Il l'avait évidemment contractée à l'hôpital, et son exeat avait été signé alors qu'il était dans la période d'incubation.

Température. — A propos de la marche de la température, il a été dit bien souvent, et notre maître, M. Cadet de Gassicourt, a surtout attiré l'attention sur ce point, que la courbe était loin de présenter toujours une régularité typique, et qu'il était rare de rencontrer deux tracés de températures superposables. Le fait est vrai, nous pourrions en citer de nombreux exemples.

Voici notamment un cas où du huitième au onzième jour, puis du douzième au dix-huitième, le thermomètre faisait des sauts de 2°, 3°, et même de 3°,9; néanmoins la maladie a évolué avec une grande bénignité et s'est terminée le vingt-deuxième jour.

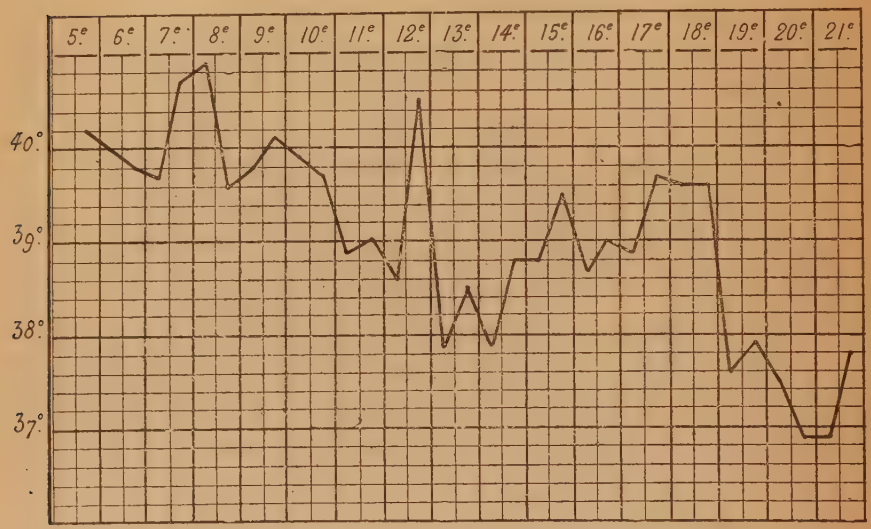


En voici un autre où le troisième, le sixième et le septième jour la courbe fait des écarts de deux degrés.



Dans une troisième observation le tracé est tout à fait désordonné, s'abaissant ou s'élevant d'un façon suivie

pendant 36 ou 48 heures, puis faisant des oscillations à peine sensibles, suivies immédiatement d'écarts de plu-



sieurs degrés; dans ce cas-là encore, tout se passa le plus simplement du monde.

Nous pourrions multiplier ces exemples, mais cela n'ajouterait rien au fait que nous voulons prouver. Nous ne parlons pas ici du stade amphibole (Wunderlich) qui se montre souvent à la troisième période et qui est toujours irrégulier; les faits que nous mentionnons se rapportent à la période d'état de la maladie.

Aussi ne pouvons-nous conclure avec Homolle (loc. cit.), qui dit en parlant de la fièvre typhoïde chez l'enfant : « Il est exceptionnel de voir une marche de la tempéra- « ture tout à fait désordonnée. Ce fait est toujours d'un « pronostic grave. »

Nous sommes au contraire en parfaite communauté d'idées avec notre maître : « Les cas les plus graves ne « sont que rarement caractérisés par des courbes bi- « zarres » (C. de Gassicourt, t. II, p. 533).

Relativement à l'élévation de la température, nous n'avons pas à rappeler combien elle est facilement supportée par les jeunes malades :

« L'hyperthermie ne doit pas être considérée comme « un grand danger, surtout chez les enfants » disait le professeur Peter, à la Société des Hôpitaux en 1877. De plus, les cas graves ne sont pas toujours accompagnés de grandes ascensions thermométriques.

En effet, dans la grande majorité de nos observations, le thermomètre arrive à des hauteurs considérables alors que la maladie a revêtu sa forme la plus simple, notamment chez un jeune garçon de douze ans, chez lequel pendant trente-deux jours, la température vespérale a dépassé 40°,5 et a atteint 41° à plusieurs reprises. Au contraire, dans deux cas qui se sont terminés par la mort, le maximun d'élévation thermométrique est resté inférieur à ces chiffres extrêmes et n'a même pas dépassé la moyenne normale.

La défervescence qui précède la convalescence est le plus souvent progressive, mais il n'est pas rare de la voir survenir brusquement.

Le dix-septième jour d'une fièvre très bénigne, accompagnée de taches rosées, le thermomètre tombait le matin de 39°,4 à 37°,8, le soir il marquait 36°,8 (1) et se

(1) Toutes les températures citées dans notre travail sont prises dans le rectum.

maintenait au-dessous de 37° pendant les sept jours suivants. M. Cadet de Gassicourt a remarqué que lorsque la chute finale de la température a été brusque, la convalescence a été moins longue.

Durée. — La durée de la dothiénentérie chez les enfants est extrêmement variable ; sur 62 malades guéris, chez lesquels nous avons pu la calculer, elle a été :

17 fois de 12 à 16 jours,
19 fois de 17 à 21 jours,
16 fois de 21 à 30 jours,
10 fois au-dessus de 30 jours.

Sur ces 10 derniers cas y a eu 7 rechutes.

Quatre fois la maladie s'est terminée par la mort :

1 fois le 17ᵉ jour, par péritonite;

2 fois les 36ᵉ et 28ᵉ jours, par hémorrhagie ;

1 fois le 15ᵉ jour, par pneumonie.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de dothiénentérie dont la durée eût été inférieure à douze jours, nous ne pouvons, en effet, nous résoudre à considérer comme fièvres typhoïdes des affections fébriles, d'une durée de sept à onze jours, où les symptômes étaient si peu accusés, qu'il se résumaient en un simple embarras gastro-intestinal.

1° Ici c'est un enfant de douze ans qui, au dire de ses parents, fut prit brusquement le 2 février de céphalalgie, d'inappétence et d'une légère épistaxis.

A son entrée à l'hôpital, le 7 février, nous ne constatâmes absolument aucun symptôme, ni augmentation de volume de la rate, ni diarrhée, ni taches sur le ventre. Le pouls battait

84 fois par minute et la température vespérale s'élevait à 39°,2 dans le rectum.

Le lendemain, septième jour de la maladie, l'enfant eut une selle diarrhéique ; le thermomètre resta à 38°,5.

Le neuvième jour le pouls battait 64 fois et il n'y avait aucun autre signe, si ce n'est une fièvre très légère.

La température resta normale à partir du douzième jour.

2° Voici maintenant un exemple de fièvre herpétique, simulant la dothiénentérie.

Un garçon de cinq ans fut pris le 4 mai de fièvre, avec abattement, céphalalgie, perte d'appétit et vomissements. Il y eut d'abord constipation le 4 et le 5 mai, puis diarrhée peu abondante.

Sauf la brusquerie, c'est bien un début de fièvre typhoïde. Mais le soir de son entrée à l'hôpital, quatrième jour de la maladie, nous constations un léger degré de conjonctivite et une petite vésicule d'herpès à la commissure labiale gauche. L'enfant se plaignait de mal de tête, le ventre était souple, non douloureux. Il y eut deux selles en diarrhée.

Le cinquième jour l'enfant était calme, la langue humide, le ventre souple, sans taches, la diarrhée persistait très légère. La température s'abaissait à 37°,5 le sixième jour, et la diarrhée cessait le septième. Dès lors tout est resté absolument normal.

Dirons-nous que c'est une fièvre typhoïde abortive? Nous avons dans nos notes quatre observations semblables à celles-ci, dans lesquelles la maladie a été marquée par des phénomènes gastro-intestinaux très bénins, où nous n'avons trouvé, malgré d'attentives recherches, ni taches rosées, ni hypertrophie splénique, et où le thermomètre est revenu à la normale du dixième au onzième jour, sans plus s'en écarter. Nous pensons qu'il faut réserver à ces affections une place spéciale dans le

cadre nosologique, à côté de la fièvre typhoïde, mais qu'on ne peut les assimiler à la maladie qui nous occupe.

Voici maintenant ce que nous trouvons dans les auteurs au point de vue de la durée de la dothiénentérie chez les enfants.

Rilliet et Barthez assignent à la forme grave de la maladie une durée de 35 à 50 jours et à la forme bénigne de 15 à 21 jours, très rarement moins. Il est probable que ces auteurs rangeaient dans les fièvres synoques, inflammatoires, catarrhales des dothiénentéries bénignes, de douze à quinze jours, et que cette erreur n'a pas peu contribué à noircir leur statistique de mortalité par la fièvre typhoïde.

D'Espine et Picot disent avoir observé la forme abortive de la fièvre typhoïde, caractérisée par des taches et de la tuméfaction splénique, avec une durée de huit à dix jours. Descroizilles cite des limites plus courtes encore : cinq à sept à douze ou treize jours. Henoch mentionne 23 cas bien observés, marqués par des taches rosées, ayant duré de sept à douze jours. Griesinger dit que la dothiénentérie peut se terminer en cinq jours. Guéneau de Mussy, au contraire de Rilliet et Barthez, élargit le cadre de la fièvre typhoïde et y fait rentrer des fièvres synoques ou continues simples, herpétiques, etc. Il qualifie notamment de typhus abdominal une affection ayant duré sept ou huit jours et ne s'étant pas accompagnée de taches; il a vu également une fièvre typhoïde (?) se terminer le dizième jour, par une chute « en cascade » de la température.

« Homolle dit que dans les cas de dothiénentérie abor-
« tive, le début peut être brusque (74 fois sur 87, Jür-
« gensen) avec frisson (Liebermeister). Le thermomètre
« peut marquer 40° dès le second jour, de plus l'érup-
« tion et la tuméfaction splénique peuvent manquer
« souvent dans ces circonstances ». Nous croyons, nous, que si un cas pareil à ceux-ci se présentait à notre observation, nous n'hésiterions pas à lui refuser la qualification de fièvre typhoïde, même *levissima*.

Plus loin, Homolle ajoute, comme preuve que ces fièvres sont bien typhoïdes : « on voit quelquefois, avant « la défervescence complète d'un typhus levissimus, une « rechute sub-intrante ».

Mais alors qui dit que la première partie, « le premier acte » (Cadet de Gassicourt), de la maladie fût une fièvre abortive, et pourquoi l'ensemble ne serait-il pas une seule et même dothiénentérie, avec rémission temporaire de la température, comme cela se voit si souvent ?

West assimile tout à fait à la fièvre typhoïde ces embarras gastro-intestinaux, tels que nous en avons cité un exemple plus haut; et pour Henoch le diagnostic serait tranché en faveur de la spécificité par l'amaigrissement qui est la conséquence de la maladie.

Disons enfin que M. Cadet de Gassicourt n'a jamais vu de dothiénentérie durer moins de dix jours ; il cite une observation, avec mention des taches rosées, où la convalescence s'établit le onzième jour.

Les conclusions découlent de tout ce que nous venons de dire. La conception de fièvre typhoïde varie avec les auteurs, les uns, comme Guéneau de Mussy, en élargis-

sent le cadre et y font entrer des affections que nous regardons comme différentes ; les autres, au contraire, comme Rilliet et Barthez, en séparent des maladies que nous regardons aujourd'hui comme identiques. Cependant, nous l'avons dit, des observateurs de beaucoup de mérite, D'Espine et Picot entre autres, affirment avoir vu des dothiénentéries très courtes et caractérisées par des taches lenticulaires. Nous n'y contredisons pas, le fait doit exister puisqu'ils l'avancent, mais nous ne répondrons qu'une chose, c'est que nous n'en avons pas vu de semblables, et, en définitive, ces cas peuvent provenir de la clientèle civile, où les enfants sont soignés et observés avec plus de vigilance par leurs parents. En outre, une maladie qui ne dure que cinq à huit jours amène rarement le malade dans nos salles, il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que nous n'en observions que très rarement dans la clientèle hospitalière.

L'enseignement que nous pouvons enfin tirer de ces faits, c'est qu'en posant le diagnostic de fièvre typhoïde abortive, il faut agir avec une extrême prudence, s'enquérir avec soin des moindres circonstances qui peuvent nous éclairer et ne conclure en faveur du typhus abdominal, que lorsqu'il est absolument prouvé, que c'est bien à cette affection que nous avons affaire ; gardons-nous surtout de regarder comme fièvres typhoïdes des pneumonies du sommet, dont les signes physiques sont restés inappréciables à l'oreille pendant toute la durée de la maladie. Chez de jeunes enfants l'erreur est possible, nous en connaissons des exemples.

Si maintenant nous nous reportons aux chiffres que

nous donnons ci-dessus, nous voyons que la durée de la maladie a été :

De 17 à 21 jours, 30 fois sur 100 ;
De 12 à 16 jours, 27 fois sur 100 ;
De 21 à 30 jours, 25 fois sur 100, et enfin
De 30 jours et au delà, 16 fois sur 100.

Nous désirons attirer l'attention sur deux phénomènes de la convalescence que nos observations mentionnent à plusieurs reprises, nous voulons parler d'une part, des *élévations insolites de la température*, d'autre part, de la *lenteur et des irrégularités du pouls*.

Elévations insolites de la température. — Elles se trouvent chez neuf de nos malades, on voit donc que le fait est loin d'être exceptionnel. Il nous suffira d'en rapporter les deux cas les plus typiques.

1° Le premier concerne un enfant de huit ans. Il a eu une fièvre typhoïde suivie d'une rechute, le tout ayant duré 32 jours.

Du 33e au 35e jour la température reste normale matin et soir ; le trente-cinquième dans la soirée le thermomètre marque 39°,7. Le lendemain il redescend à la normale d'où il ne s'écarte plus pendant 5 jours.

Le 41e jour la température vespérale donne 38°,7, puis la convalescence s'établit définitivement dès le lendemain.

Rien n'a pu expliquer ces deux oscillations successives. L'état général était bon, il n'y avait de complication d'aucune sorte, la diarrhée avait cessé et l'alimentation était pratiquée avec mesure et prudence.

2° Un enfant de douze ans eut une fièvre accompagnée de phénomènes sérieux : de délire, d'abattement et d'adynamie. La température se maintint à d'assez grandes hauteurs, attei-

gnit même 41°,7 ; nous n'étions pas sans craintes à son égard.

La convalescence s'établit cependant à partir du 23e jour, et la température resta normale jusqu'au 29e. Mais à ce moment le thermomètre fit un brusque écart vespéral, montant jusqu'à 39°,5.

Le jour suivant il revint à 37°,3 et ne dépassa dès lors plus ce chiffre.

Comme dans le cas précédent, rien n'a pu nous faire découvrir la cause de cette subite oscillation.

Une particularité que nous désirons mettre en lumière, c'est que sur les neuf observations où des faits analogues se sont présentés, huit fois la maladie avait revêtu un caractère grave, ou au moins avait été marquée par des symptômes très accusés.

Dans un cas il y avait eu une rechute, dans un autre la maladie s'était prolongée trente-trois jours, dans six cas, dont quatre n'avaient cependant duré que de quatorze à dix-neuf jours, nous trouvons notés du délire, de l'agitation, des plaintes, des cris, de l'abattement, de l'adynamie. Une seule fois ces élévations thermométriques de la convalescence ont succédé à une fièvre bénigne de quatorze jours. Nous voyons donc que ce phénomène bizarre se montre le plus souvent dans des cas graves, comme si l'organisme avait de la peine à revenir à son état normal, et si la maladie tentait encore de reprendre le dessus par des retours offensifs.

Henoch cite des faits semblables, des accès de fièvre inexplicables, survenant dans la convalescence de la dothiénentérie. Biermer leur donne le nom de «*Nachfieber*» (mot intraduisible, « *nach* » signifiant après et « *fieber* »,

fièvre). Wunderlich et Bernheim y font également allusion, sans remarquer, comme nous, que c'est surtout dans les convalescences traînantes, lorsque la maladie a été grave, qu'on est exposé à les rencontrer.

Lenteurs et irrégularités du pouls. — « Le pouls, « disent D'Espine et Picot, lorsqu'il est irrégulier et ra- « lenti, peut faire craindre des syncopes, très rarement « mortelles chez les enfants ». Rilliet et Barthez, Henoch l'ont rarement trouvé lent et irrégulier.

Andral regardait l'arythmie cardiaque comme rare et indiquant une affection organique du cœur, mais il parlait pour l'adulte. Guéneau de Mussy dit que la convalescence chez l'enfant s'accompagne au début d'une lenteur insolite du pouls, que ses irrégularités ne sont pas rares, et qu'elles sont loin d'aggraver le pronostic.

En effet, si dans six cas nous avons pu constater la lenteur, avec ou sans les irrégularités du pouls au déclin de la fièvre typhoïde ou pendant sa convalescence, et si, d'autre part, six observations font mention d'une certaine tendance à la syncope, il est à remarquer, que ces deux ordres de phénomènes n'ont coïncidé qu'une seule fois. Le rapport de cause à effet que signalent D'Espine et Picot ne nous a donc pas frappé.

Nous ne citerons qu'une de nos observations, tout à fait digne d'intérêt.

Un garçon de quatorze ans est admis dans nos salles au cinquième jour d'une fièvre typhoïde dont le début a été très lent et insidieux, caractérisé notamment par quelques lipothymies.

Les sept ou huit premiers jours de son séjour à l'hôpital la température oscille entre 39°,8 et 40°,8 environ. Pendant ce temps le pouls bat de 64 à 68 fois par minute d'une façon très irrégulière et inégale. Le cœur est normal.

La maladie suit son cours, mais chaque fois qu'on veut faire mouvoir l'enfant, pour le mettre sur le vase ou lui donner des soins de propreté, il survient une légère syncope. L'état général est bon, l'intellect parfait, l'enfant n'est nullement abattu.

Le quinzième jour, la température étant toujours aux environs de 40°, le pouls ne bat plus que 52 fois à la minute, le seizième 48 fois, toujours avec quelques irrégularités.

Le tracé sphygmographique donne une ascension normale, suivie d'une descente traînante, un peu ondulée, il y a un léger degré de polycrotisme.

Du dix-septième au dix-neuvième jour le pouls fait percevoir 48 pulsations, le vingtième 44, le vingt-deuxième 42 et ce jour-là l'observation porte : très bon état, beaucoup de diarrhée. La température est normale à partir du vingtième jour. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine, le cœur est toujours sain en apparence.

Le septième jour de la convalescence la température remonte subitement à 40° et le pouls à 60. Il est irrégulier.

L'enfant fit une rechute qui dura dix jours. La température pendant ce temps fut moins élevée que pendant le premier stade de la maladie, elle se maintint au-dessous de 40°. Le pouls varia de 52 à 60 pulsations, avec plus ou moins d'irrégularité.

Enfin, lorsque la convalescence se fut définitivement établie, lorsque le thermomètre ne s'éleva plus au-dessus de la normale, à partir du trente-sixième jour de la maladie, onzième de la rechute, nous avons compté des nombres de pulsations toujours irrégulières variant de 48 à 63.

L'enfant partit en convalescence, à La Roche-Guyon, 18 jours après la fin de la rechute, le pouls était à 58 et régulier.

Dans l'observation qu'on vient de lire, le pouls a été lent et irrégulier tout le temps de la fièvre, il était même lent dans l'état physiologique chez ce jeune garçon, puisque à la sortie du malade, alors qu'il était bien guéri, nous comptions 58 pulsations par minute.

Au plus fort de la fièvre, alors que la température était le plus élevée, nous en avons compté 60 à 68.

Au déclin de la maladie et pendant la convalescence, ainsi que dans l'intervalle des deux atteintes de la fièvre, le nombre des pulsations est tombé à un minimum de 42. Nous avons également noté une tendance aux syncopes et, nous le répétons, c'est le seul cas où les syncopes ont coïncidé avec les phénomènes d'arythmie cardiaque.

Dans cinq autres observations nous avons rencontré soit des irrégularités, soit de la lenteur du pouls, soit les deux phénomènes réunis, et ces malades n'avaient nullement de la disposition aux lipothymies. Du reste, dans ces cinq cas, l'arythmie cardiaque ne s'est montrée que pendant le stade de défervescence ou la convalescence, alors que le pouls avait été fréquent et régulier pendant la période d'état.

Nous pourrions rapprocher de notre observation celle de Murchison, où cet auteur a vu une dothiénentérie pendant toute la durée de laquelle le nombre des pulsations a varié d'un minimum de 37 à un maximum de 56. Pendant la convalescence il s'éleva à 66. Murchison ajoute que des cas analogues s'observent une fois sur cent.

Œdèmes. — Un troisième ordre de phénomènes pro-

pres au déclin et à la convalescence de la fièvre typhoïde, sur lesquels nous désirons attirer l'attention, consiste dans des œdèmes localisés, en général de courte durée et ne s'accompagnant pas d'albuminurie.

Nous en possédons six observations. Deux fois ils ont siégé à la face et quatre fois au scrotum. Dans quatre cas ils se sont montrés dans des fièvres typhoïdes à rechute, une fois l'œdème a succédé à une dothiénentérie à début pneumonique, la sixième fois enfin c'est au cours d'une maladie bénigne qu'il a fait son apparition.

C'est donc le plus souvent, cinq fois sur six, pendant ou après une fièvre grave, ou au moins sérieuse, qu'est survenu cet incident. Nous avons vu plus haut qu'il en était de même pour les longues convalescences traînantes, marquées par des élévations insolites de la température.

Quoi qu'il en soit, l'œdème a fait son apparition une fois au cours de la convalescence confirmée, une seconde fois le dernier jour de la fièvre et les quatre dernières fois au début de la période de déclin, alors que la température commençait ses oscillations descendantes. On peut donc considérer l'œdème des bourses comme un signe avant-coureur de la défervescence de la fièvre typhoïde. M. Cadet de Gassicourt en cite trois cas, dont deux sont apparus au moment de la défervescence, ou très peu avant elle.

Lorsqu'il s'agit d'une dothiénentérie à rechute, l'œdème peut se montrer à la fin du premier acte de la maladie ; nous l'avons observé une fois le dixième jour d'une fièvre typhoïde dont le premier stade dura 14 jours et la fièvre complète 38 jours.

L'œdème du scrotum consiste dans une petite boule, siégeant à la partie la plus déclive des bourses, lorsque l'enfant est couché ; il faut évidemment le chercher pour le trouver, il peut très facilement échapper à l'attention, c'est sans doute pourquoi si peu d'auteurs en font mention.

Rilliet et Barthez, ont observé neuf fois sur 107 des anasarques générales ou partielles. Henoch en a vu un seul cas. D'Espine et Picot font mention de ces incidents mais sans y insister. C'est chez notre maître, M. Cadet de Gassicourt (t. II, p. 589), que nous avons trouvé la meilleure description du phénomène qui nous occupe maintenant ; nous n'avons rien à y ajouter, si ce n'est que dans nos quatre observations d'œdème du scrotum, celui-ci est survenu une fois le dernier jour de la maladie, et trois fois exactement au début de la période des oscillations descendantes. L'époque d'apparition de ce fait est donc le seul point sur lequel nos observations s'écartent de celles des auteurs mentionnés ci-dessus. Leudet (de Rouen), dans un mémoire publié dans les Archives générales de médecine en 1858, dit l'avoir vu apparaître dans la deuxième ou la troisième semaine, non pendant la convalescence, mais à une époque plus ou moins rapprochée du début (Cadet de Gassicourt). Guéneau de Mussy considère l'œdème du scrotum ou des petites lèvres comme la manifestation d'une disposition générale aux infiltrations, qu'on observe quelquefois dans la fièvre typhoïde. Il en cite un cas qui apparut dans le premier septénaire et disparut au bout de peu de jours.

Rechutes. — Sur les 69 fièvres typhoïdes que nous avons observées, il en est sept qui ont été suivies d'une rechute. Comme on le voit cette proportion qui équivaut à plus de 10 0/0 est assez forte. Henoch donne un chiffre plus élevé encore, 22 sur 152, soit 14 0/0. Rilliet et Barthez, assez peu explicites à cet égard, ne distinguent pas nettement la rechute de la récidive; ils en ont observé trois cas sur 107. Cependant les auteurs plus modernes Giraud (1) D'Espine et Picot, Guéneau de Mussy s'accordent pour dire que la fièvre à rechutes est moins rare chez l'enfant que chez l'adulte.

Guyarp (2) donne le chiffre de 4 ou 5 %. Cadet de Gassicourt en a vu six sur 194, ces derniers chiffres sont donc dépassés dans la plupart des statistiques.

Avec ce dernier auteur, nous considérons comme une dothiénentérie à rechute une fièvre qui serait nettement séparée en deux parties par une période où la température s'abaisserait d'une façon notable, sans cependant atteindre tout à fait la normale.

Ainsi nous avons sous les yeux un tracé où le thermomètre, du troisième au sixième jour, atteignait 40° le soir; du sixième au onzième jour il s'abaissait peu à peu, sans cependant descendre au-dessous de 38°; du onzième au dix-septième jour il oscillait entre 37° le matin et 38°,5 le soir; il y eut alors recrudescence de la fièvre, et du dix-septième au trente-deuxième jour, une rechute pendant laquelle la température se tint entre

(1) Th., 1881.
(2) Th., 1876.

39° et 40°,5. C'est une maladie de trente-deux jours de durée, divisée en deux actes par une période d'accalmie de six jours.

M. Cadet de Gassicourt publie dans son ouvrage deux faits analogues, auxquels il donne le nom de *forme lente à dépression moyenne*. Il rapproche ces cas d'une part des formes lentes continues, d'autre part des formes à rechute, où la dépression moyenne est simplement plus accusée, et il fait ressortir l'analogie qui existe entre ces différents tracés.

Ce sont des manières d'être de la même maladie, au même titre que les fièvres très courtes dont nous avons cité des exemples. Guéneau de Mussy est, du reste, du même avis lorsqu'il dit que la fièvre typhoïde et la rechute peuvent être séparées par un intervalle plus ou moins long, où la température n'est pas tout à fait normale. Nous partageons absolument la manière de voir de notre maître : la fièvre continue prolongée et la fièvre à rechute ne sont que des formes différentes de la maladie, et la conclusion qui en découle tout naturellement est qu'il est inutile d'invoquer aucune cause pour expliquer la rechute.

Pour Guyard, Guéneau de Mussy, Cadet de Gassicourt les écarts de régime qu'on regarde comme pouvant lui donner naissance ne jouent, au contraire, qu'un bien petit rôle. Et de fait, sur 7 rechutes par nous observées, nous n'en trouvons qu'une seule, où l'enfant a mangé des brioches en trop grande abondance. La fièvre avait duré quatorze jours, la convalescence s'était établie et la rechute débuta le trentième jour, après quinze jours entiers

d'apyrexie. L'écart de régime qu'on pourrait incriminer avait eu lieu la veille de la réapparition des symptômes fébriles. S'il était, du reste, besoin d'une preuve que les indigestions ne doivent pas avoir une très grande influence sur l'explosion des rechutes, nous n'aurions qu'à citer précisément ces formes lentes à dépression moyenne dont nous parlions plus haut, où l'enfant n'avait même pas commencé à ingérer des aliments solides, puisque la défervescence n'était pas encore complète ; et néanmoins, la rechute s'est effectuée, avec tous ses caractères habituels.

La durée totale de la fièvre typhoïde, dans nos sept observations, a varié de 35 à 48 jours ; une fois le malade a succombé le 28e jour à une hémorrhagie intestinale foudroyante. Nous reviendrons sur ce cas à propos des complications.

Voici du reste la durée des trois stades de la maladie dans nos observations.

1er STADE	APYREXIE	RECHUTE	TOTAL
19 jours	6 jours	10 jours	35 jours
11 »	6 »	18 »	35 »
17 »	10 »	9 »	36 »
14 »	16 »	8 »	38 »
27 »	8 »	11 »	46 »
21 »	8 »	19 »	48 »
14 »	4 »	10 »	mort le 28e jour.

Nous croyons par ce tableau que c'est, en général, à des fièvres de courte durée qu'a succédé la rechute.

Le premier stade a été bénin dans trois cas, marqué seulement une fois par un léger degré d'adynamie, et une autre fois par des irrégularités du pouls et de l'œdème des bourses, au moment de la défervescence.

Dans ces trois cas la rechute a été également simple ; nous y avons remarqué les incidents suivants : deux fois, au déclin, il est survenu de l'œdème scrotal, la troisième fois cet œdème était apparu dans le premier stade et a persisté jusqu'à la fin de la rechute.

Une fois les taches n'ont pas disparu pendant la période d'accalmie, les deux autres fois elles se sont montrées de nouveau pendant la rechute. Dans un cas une épistaxis et des vomissements ont caractérisé la recrudescence fébrile, et deux fois enfin la convalescence s'est accompagnée de ces élévations thermométriques éphémères, dont nous avons parlé.

Dans une quatrième observation nous avons noté une fièvre initiale de vingt-sept jours, compliquée d'agitation, de tendance à la syncope, de phénomènes d'hypostase et de bronchite, d'otite, de fuliginosités buccales et de muguet. La rechute fut dans ce cas là très simple, sans taches, mais avec une douleur dans le coude, droit sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

La cinquième observation de fièvre typhoïde à rechute, nous l'avons rapportée plus haut, c'est celle où se trouvent notés l'extrême lenteur et l'irrégularité du pouls. Nous n'y reviendrons donc pas.

Enfin, dans les deux derniers cas, dont l'un s'est terminé par la mort, nous n'avons assisté qu'à la fin de la maladie, les enfants n'étant entrés que trop tard à l'hô-

pital. Dans le fait qui aboutit à la guérison, la rechute s'accompagna de dicrotisme du pouls et d'adynamie.

Complications. — La fièvre typhoïde peut s'accompagner, chez l'enfant comme chez l'adulte, d'une multitude de complications. Nous n'avons pas la prétention de les passer toutes en revue, qu'il nous suffise de mentionner celles dont nous avons pu être le témoin.

Surdité. Otite moyenne. — Nous trouvons tout d'abord la surdité ou l'otite moyenne notée six fois dans nos 69 observations. Dans les hôpitaux d'enfants, où les scrofuleux, ou plutôt les tuberculeux abondent, il n'y a rien de surprenant à ce que cette complication soit fréquente.

Et d'abord, est-ce bien une complication à proprement parler? L'otite laisse rarement après elle des délabrements importants, des traces indélébiles. Rilliet et Barthez, avec leur grande autorité, affirment que la surdité, avec ou sans otite, est une complication sans gravité. Ils l'ont observée dix fois sur 107 cas ; suivant eux, elle est rare avant le dix-neuvième jour, et a une durée de dix à vingt jours. Une seule fois elle serait apparue le dixième jour. Tout autre est l'opinion de Girard qui considère l'otite comme rare, et celle de Roger, Hermet, Homolle qui ont vu la surdité persister après l'otite, et donner naissance, chez les jeunes enfants, à une triste infirmité, la surdi-mudité. Si nous consultons Louis, Murchison, Barth, ils nous diront que la surdité s'est montrée 58 fois sur 100.

Trousseau distingue deux ordres de faits ; dans l'un la surdité est double, elle indiquerait alors un simple catarrhe des trompes d'Eustache, dans l'autre elle est simple et pourrait faire craindre une lésion plus grave, intéressant l'oreille moyenne, une otite suppurée. Guéneau de Mussy partage cette manière de voir et ajoute que l'otite moyenne survient dans la troisième ou la quatrième semaine de la fièvre typhoïde.

Voici ce que nous enseignent nos six observations : Quatre fois la fièvre s'est accompagnée d'otite, avec suppuration et écoulement par le conduit auditif.

Voici un enfant de treize ans, qui fut pris de surdité le onzième jour d'une fièvre accompagnée de sécheresse de la langue et de la gorge, de fuliginosités buccales et d'agitation.

Le treizième jour il reste assis sur son lit, les yeux grands ouverts, regardant à droite et à gauche d'un air stupide, avec un délire de paroles continuel.

Le dix-septième jour apparaît un écoulement purulent de l'oreille droite, et ce jour-là la température tombe de 41° à 37°,7 d'un seul trait, puis oscille entre 38°,7 et 39°,7.

Le vingtième jour l'écoulement diminue, ainsi que la surdité.

Le vingt-septième il existe un petit abcès sous-cutané, à droite au devant du tragus, et la convalescence s'établit. Huit jours après commence une rechute, mais elle ne s'accompagne d'aucune complication du côté des oreilles.

L'enfant guérit sans conserver d'infirmité.

Dans certains cas l'otite peut exister, sans aboutir à la suppuration. En voici un exemple.

Un garçon de onze ans eut, dès le début de sa fièvre typhoïde, des bourdonnements d'oreilles, auxquels succéda bientôt la sur-

dité que nous avons constatée à son entrée, le huitième jour.

Le onzième jour la surdité s'était accrue à droite et semblait exister également à gauche. Nous ne parlons pas de la température, elle était très élevée, mais la courbe a été défigurée par l'antipyrine qu'on administrait alors au malade.

Le dix-septième jour la surdité existait des deux côtés et s'accompagnait de très vives douleurs des deux oreilles. L'état général était bon, la température entre 39° et 40°.

Nous voyons ensuite diminuer, puis disparaître les douleurs et la surdité, d'abord à gauche, puis à droite où elles persistèrent jusqu'au vingt et unième jour.

Dans les quatre autres observations il y eut deux fois un écoulement d'une oreille, dans un cas le neuvième jour d'une fièvre simple qui dura dix-huit jours, dans un autre le vingt et unième jour, exactement au début de la convalescence. Un troisième malade eut un écoulement très abondant des deux oreilles, au déclin de la maladie; cette complication prolongea la durée de la fièvre de huit jours, mais sans lui donner aucune intensité, puisque le thermomètre n'atteignit pas 39°. Enfin nous pourrions citer un cas de surdité sans otite, le onzième jour d'une fièvre très bénigne qui se prolongea pourtant vingt-cinq jours, pour ainsi dire sans symptômes typhoïdes à partir du quatorzième ou quinzième jour.

En général, lorsqu'il existe une otite simple ou double, on peut voir une certaine prolongation des phénomènes fébriles au delà des limites ordinaires, ou du moins la température continue à s'élever un peu le soir, alors même que la fièvre typhoïde peut être considérée comme terminée. La complication seule explique cette fièvre persistante.

Disons en terminant que nous n'avons jamais vu l'otite laisser après elle une surdité prolongée, tous nos malades sont sortis de nos salles absolument guéris.

Complications articulaires et osseuses. — Les complications articulaires et rhumatismales sont certainement rares dans la fièvre typhoïde.

Henoch en cite deux cas: Pendant la convalescence un garçon de onze ans eut une synovite du poignet gauche, s'accompagnant d'un notable gonflement et d'une vive douleur. Ces accidents disparurent au bout de peu de jours. L'auteur se demande alors s'il a eu affaire à une simple coïncidence, survenue trois semaines après le début de la convalescence. Dans un autre fait d'Henoch c'est le genou droit qui fut atteint, mais ici encore la terminaison fut des plus heureuses.

Homolle dit les complications articulaires rares et éloignées; il a observé une fois la coxalgie succédant à la dothiénentérie. Bonnet (Quelques cas d'arthrite à la suite de la fièvre typhoïde. Th., Paris, 1878) cite trois cas très graves, deux coxalgies, et une arthrite du coude, à la suite de la fièvre typhoïde.

Nous en avons observé un seul d'une bénignité extrême.

Un enfant de treize ans, dont nous avons déjà raconté l'histoire en résumé à propos des otites, a eu une dothiénentérie de vingt-sept jours de durée, d'une gravité moyenne. Une rechute débuta le trente-sixième jour, 30 août; le lendemain l'enfant se plaignit dès le matin d'une vive douleur au coude droit, il n'y avait ni rougeur, ni gonflement.

Les mouvements de flexion et d'extension n'étaient nullement douloureux, la pronation et la supination, au contraire, l'étaient

à un haut degré. La lésion siégeait donc au coude, dans les articulations du radius avec l'humérus et le cubitus.

Deux grammes de salicylate de soude furent administrés au malade; le surlendemain, 2 septembre, la douleur, diminua beaucoup, puis disparut le 3 septembre, après quatre jours de durée. Pendant ce temps la rechute de la fièvre typhoïde s'accentuait, en suivant une marche régulière, qui ne fut en aucune façon influencée par le petit accident articulaire. La maladie se termina le 10 septembre, sans autre complication.

Si ces faits ne sont pas fréquents, il en est tout autrement des complications du côté des os et du périoste. Le professeur Lannelongue pense même qu'il a pu arriver souvent, qu'une ostéomyélite aiguë à forme typhoïde fût prise pour un typhus abdominal. Sans avoir une opinion aussi catégorique, nous ne nions pas que la périostite ne vienne souvent compliquer la dothiénentérie. Mercier (1) l'a très bien décrite; c'est une inflammation légère du périoste, ou plutôt de la moelle sous-périostée; elle n'est pas suppurative et se termine, dans la plupart des cas, par la résolution complète. D'autres fois elle a pu laisser après elle des traces indélébiles, telles que des hyperostoses. Cette complication survient pendant la convalescence; quelquefois la périostite est multiple, le tibia en est le plus souvent atteint (Mercier).

L'étiologie de ces phénomènes nous échappe encore. Le traumatisme invoqué par Mercier fait le plus souvent défaut. Hutinel voit une circonstance prédisposante dans l'état de développement incomplet où se trouvent les os, chez les adolescents; et, en réalité, c'est bien chez les

(1) Thèse, 1879.

jeunes sujets que cette complication se montre le plus fréquemment. Il y aurait alors une exagération des modifications congestives que la fièvre typhoïde fait subir à la moelle osseuse (Homolle).

Malgré le peu de rareté de cette complication, nous n'en possédons qu'un seul exemple.

Chez un garçon de douze ans la fièvre typhoïde débuta par un torticolis. La maladie suivit un cours normal, marqué seulement par du délire de paroles et d'actions et un certain degré d'adynamie ; elle se termina le trente-septième jour, l'enfant entra en convalescence.

Mais deux jours après, le 28 décembre, survint une tuméfaction, étalée sur la face interne du tibia droit, à sa partie moyenne, occupant, en hauteur, un espace de sept centimètres environ.

La région était légèrement rouge et douloureuse à la pression. Ce même jour la fièvre se ralluma, le thermomètre monta à 38°,7 le soir. Pour n'avoir pas à y revenir, disons tout de suite que pendant les douze jours que dura la périostite, la température fut normale tous les matins, tandis qu'elle s'éleva le soir au-dessus de 38° et dépassa même une fois 39°.

Le 2 janvier la tuméfaction avait un peu gagné en étendue, la circonférence de la jambe, du côté malade, l'emportait de douze millimètres sur celle du côté sain.

Le 5 janvier, neuvième jour de la complication, on vit diminuer la douleur et le gonflement. La différence entre les deux jambes n'était plus que de cinq millimètres.

Tout avait enfin disparu le douzième jour, et la température ne s'écarta plus de la normale.

Péritonite. — Sur deux cas de péritonite que nous avons eu l'occasion d'observer, l'un s'est terminé par la

mort, et ce n'est vraisemblablement pas après une perforation de l'intestin que la séreuse s'est enflammée.

Voici l'histoire résumée du malade qui a succombé.

Enfant de six ans et demi, d'une santé antérieure chétive, atteint d'un mal de Pott dorsal, sans abcès ossifluent.

La fièvre typhoïde a débuté insidieusement huit jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. A ce moment nous constations que la langue était humide, sans caractères particuliers, le ventre tendu, sans taches rosées, et qu'il y avait de la diarrhée. L'auscultation faisait entendre quelques râles sous-crépitants disséminés.

C'est le 11 septembre, onzième jour de la maladie, que le ventre devint douloureux, mais sans qu'il y eût aucune brusquerie dans l'apparition de ce phénomène. L'enfant était très abattu, non délirant, et la température qui, jusqu'à ce jour, avait fait de grandes oscillations, entre 39° et 41°, s'éleva le soir à 41°, 6.

Le lendemain il y eut des selles diarrhéiques et involontaires en grand nombre, accompagnées de ténesme rectal. Le ventre était tendu, très douloureux à la pression, sonore dans toute son étendue, sans qu'on pût y sentir aucun empâtement. La douleur se limitait assez bien entre l'ombilic et le pubis, sans s'étendre aux régions iliaques.

Les taches rosées apparurent le treizième jour.

Le quatorzième le ventre tout entier était douloureux, nous notions quatre selles involontaires. Le malade était très abattu, très adynamique. La pression sur le ventre, si légère qu'elle fût, le faisait sortir de sa torpeur et lui arrachait des cris.

Cet état se prolongea les deux jours suivants ; les quinzième et seizième jours la température resta matin et soir au-dessous de 40°. Il y avait beaucoup de râles fins aux deux bases.

Enfin, le dix-septième jour, la face prit une teinte terreuse, avec excavation des yeux, faciès abdominal. Le pouls était très

BOSTON MEDICAL
DEC 21 1917
LIBRARY

petit et battait 180 fois par minute. La toux était fréquente, et nous constations de la submatité à la base du poumon droit, il existait aussi de la dyspnée avec battements des ailes du nez. En somme, l'état était désespéré, les parents firent sortir le malade de l'hôpital, de sorte que nous n'en pûmes avoir l'examen anatomique.

Mais tout nous prouvait que nous avions eu affaire à une péritonite sans perforation de l'intestin : l'époque de son début, au onzième jour d'une dothiénentérie sans gravité apparente, le peu de brusquerie de ce début, la durée de la fièvre qui se prolongea au moins jusqu'au dix-huitième jour.

Dans un second fait du même ordre nous avons pu voir guérir le malade, voici comment les choses se sont passées.

Il s'agissait d'un jeune garçon de treize ans, entré à l'hôpital le dixième jour de la maladie. Celle-ci débuta dans la soirée du 23 septembre, après un copieux repas où les moules étaient entrées par une large part. L'enfant fut pris de malaise, de vertiges et de fièvre.

Le lendemain et les jours suivants survinrent des vomissements, puis de la diarrhée ; la céphalalgie, l'insommie, le délire firent ensuite leur apparition.

A son entrée à l'hôpital, ce qui attira notre attention, ce fut l'extrême sensibilité du ventre, en particulier à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. La diarrhée était très abondante, les selles fréquentes et peu copieuses s'accompagnaient de ténesme.

La miction elle-même était douloureuse et le moindre mouvement du malade, lui arrachait des plaintes. Les yeux étaient excavés, les traits tirés, en un mot le faciès était abdomi-

nal. La température oscillait autour de 40°, le pouls, petit, battait 104 fois par minute.

Dès le lendemain, il y eut un peu plus de calme, les symptômes de péritonite observés la veille parurent s'atténuer. Le ventre était toujours tendu, il existait encore des douleurs pendant la miction et la défécation, mais elles étaient moins vives. La température restait tout aussi élevée, le pouls tombait à 94.

Le treizième jour l'amélioration s'accentuait, et le quatorzième la fièvre typhoïde était revenue à sa marche normale. Il y avait cinq ou six selles par jour, le ventre était encore un peu ballonné, mais non douloureux, le pouls, très dicrote, battait 80 fois par minute.

A partir du quinzième jour la température s'abaissa petit à petit par de longues oscillations, le visage reprit son aspect ordinaire, les symptômes abdominaux rentrèrent dans l'ordre et la fièvre typhoïde se termina, sans autre complication, le vingt-huitième jour.

Nous avons donc assisté à l'évolution d'une péritonite dans le cours d'une fièvre typhoïde. La phlegmasie de la séreuse est apparue à une époque rapprochée du début de la fièvre, car le onzième jour elle existait déjà depuis un temps indéterminé que nous pouvons toutefois évaluer à deux jours à peu près. La péritonite se serait donc terminée en sept jours ; il n'y a là rien d'impossible, étant donné le peu de gravité qu'ont revêtu ses symptômes. Enfin, si la fièvre typhoïde a duré vingt-huit jours, ce qui est un peu plus long que dans la moyenne des cas, il faut cependant reconnaître que la péritonite n'a pas eu d'influence sur l'évolution générale de la maladie, la convalescence aussi fut normale, et dix-sept jours après son début l'enfant quittait l'hôpital.

Ranque (1) rappelle que la péritonite qui survient au début de la maladie est toujours due à la propagation de la phlegmasie à la séreuse. Il en cite un cas de Bourdon, où la péritonite se montra brusquement le cinquième jour et fut suivie de mort ; deux cas de Pidoux, dont l'un guérit, et l'autre eut un dénouement fatal ; enfin un cas de Murchison, dans lequel la mort survint le vingt-deuxième jour. Ranque cite, en outre, trois observations personnelles, recueillies dans les services de MM. Laboulbène et Mesnet. L'un d'eux débuta le dixième jour et se termina par la guérison ; les deux autres moururent, l'un au début de la dothiénentérie, l'autre en trois jours dans la convalescence. Dans aucune de ces observations on ne trouva de perforation intestinale.

Rilliet et Barthez ne mentionnent pas cette complication, J. Simon et Pipper en ont observé un cas chacun, Liebermeister en cite seize cas sur deux mille, dont treize se terminèrent par la mort. Enfin, M. Cadet de Gassicourt, sur deux cas, en a vu guérir un et mourir l'autre le vingt-neuvième jour ; la péritonite avait débuté le vingt-sixième jour.

Cette complication se montre donc, en général, dans la première ou la deuxième semaine de la fièvre typhoïde, elle est extrêmement grave, puisque sur vingt-six cas, mentionnés dans les ouvrages que nous avons consultés, dix-neuf ont eu un dénouement fatal.

Entérite. — L'entérite est une complication sérieuse de la fièvre typhoïde, et, en général, plus fréquente chez

(1) Th., 1881. De la péritonite dans la fièvre typhoïde.

les enfants que chez les adultes. Ces derniers n'en sont cependant pas indemnes. M. Cadet de Gassicourt l'a souvent observée, lors du siège de Paris, pendant la convalescence, chez de jeunes soldats auxquels les précautions hygiéniques faisaient malheureusement défaut, cet auteur en cite de plus deux cas, survenus chez des enfants convalescents, l'un fut suivi de mort.

A côté de ces gastro-entérites qui viennent s'ajouter à la dothiénentérie, nous pouvons placer des entérites à forme typhoïde, que tout le monde s'accorde aujourd'hui à considérer comme de véritables dothiénentéries.

Ainsi Rilliet et Barthez (tom. II, p. 695) font un parallèle entre deux cas d'entérite aiguë qui se sont terminés par la mort et deux cas de fièvre typhoïde également mortels.

Ils mentionnent l'extrême ressemblance qui existe entre ces deux affections, et néanmoins ils cherchent à en faire le diagnostic différentiel. Chose remarquable, les deux entérites ont eu une éruption de taches lenticulaires, les neuvième et onzième jours, tandis que l'une des dothiénentéries n'en a pas présenté. Aujourd'hui nous considérerions tous ces cas comme absolument identiques, et nous en ferions de la fièvre typhoïde, même en l'absence de lésions des plaques de Peyer apparentes à l'œil nu.

Hémorrhagies intestinales. — Tous les auteurs sont d'accord pour signaler l'extrême rareté des hémorrhagies intestinales dans le jeune âge. Rilliet et Barthez n'en ont jamais vu, Taupin en cite un seul cas, Henoch

cinq, dont trois sans aucune gravité. Murchison en a observé un cas, chez un garçon de treize ans, Goldhammer un sur 70 fièvres typhoïdes. Barrier n'en cite qu'un exemple sur 200 et Giraud (1) pas un seul sur 150 cas rassemblés à l'hôpital des Enfants-Malades. Voici maintenant Parrot et Roger qui ont vu une hémorrhagie foudroyante chez un enfant de trois ans, Malmsten une autre mortelle en cinq heures ; citons enfin notre maître, M. Cadet de Gassicourt, qui, malgré sa longue pratique, n'a pas observé d'hémorrhagie intestinale qui eût été suivie de mort.

Quant à nous, nous possédons deux observations où des hémorrhagies intestinales très abondantes occasionnèrent la mort du malade, une fois brusquement dans une syncope, l'autre fois indirectement, grâce à l'état d'anynamie extrême, dans lequel était tombé l'enfant, à la suite de ses pertes de sang.

Voici ces deux observations en résumé :

1° Un enfant de douze ans entrait à l'hôpital au vingtième jour d'une fièvre typhoïde et deuxième d'une rechute.

A son entrée, la maladie paraissait suivre son cours normal. La langue était blanche et humide, le ventre souple, légèrement douloureux à droite. La diarrhée était abondante. Il y avait des taches rosées et de nombreux sudamina. Les urines contenaient très peu d'albumine. La température oscillait autour de 40°. Nous ne notions pas d'abattement, mais un léger délire de paroles pendant la nuit.

L'état se maintint aussi bon jusqu'au neuvième jour de la rechute (27e de la maladie). A ce moment nous constations de

(1) Loc. cit.

nouveaux phénomènes du côté de l'appareil cardio-vasculaire ; le pouls était à 112, tremblotant, inégal, très dicrote. La parole était brève, le délire s'accentuait. Cependant la langue restait humide, le ventre souple, les taches avaient disparu, il n'y avait que deux selles en diarrhée dans les 24 heures.

Le soir de ce même jour survenaient des vomissements très pénibles et fréquents. Puis, sans aucun nouveau symptôme, l'enfant mourait subitement, le soir du vingt-huitième jour, après qu'on l'eût assis sur le vase. Il avait eu une selle purement sanglante qui remplissait le bassin, et la mort était si rapidement survenue, qu'on n'avait même pas eu le temps de prévenir l'interne de garde.

A l'*autopsie*, nous avons constaté de très nombreuses plaques de Peyer ulcérées dans l'iléon, deux d'entre elles étaient surtout atteintes, anfractueuses et profondes, couvertes de fongosités molles et de sanie. L'une d'elles siégeait sur la valvule de Bauhin, du côté de l'intestin grêle, l'autre à deux travers de doigt au-dessus d'elle. Il nous a été impossible de trouver, malgré de patientes recherches, aucun vaisseau ulcéré. Le gros intestin était rempli de sang, sa muqueuse très injectée.

La rate pesait 460 gr., sa consistance n'était pas diffluente. Les reins volumineux et pâles. Le cœur et les poumons n'avaient pas de lésions appréciables à l'œil nu.

2° Dans une autre observation, il s'agit d'un enfant de douze ans, qui entrait à l'hôpital le vingtième jour de sa fièvre typhoïde, avec un délire très accusé de paroles et d'actions. Les autres phénomènes typhoïdes n'avait rien d'extraordinaire. Nous n'y insistons donc pas.

Le vingt-troisième jour, dans la soirée, le malade vomit à plusieurs reprises ; un lombric fut expulsé de cette manière ; puis il eut une hémorrhagie intestinale très abondante, de sang rouge, qui contenait encore trois ascarides.

Le vingt-quatrième jour, seconde et troisième hémorrhagies, l'une le matin, l'autre le soir, non moins abondantes que la première, chacune d'elles remplissait la moitié du bassin (à peu

près un demi-litre). La dernière fut suivie d'un violent frisson, de vingt minutes. Après ces deux pertes de sang la température s'est abaissée subitement de 40°,8 à 38°,4. Il y avait de l'abattement, de la prostration, la face était pâle, le délire persistait.

A partir du vingt-cinquième jour la température remonta en escaliers de 38°,4 à 41°,1, il n'y eut plus d'hémorrhagie, mais l'adynamie était profonde, le délire persistant et des phénomènes pulmonaires s'ajoutèrent au tableau : congestion intense des deux poumons, surtout du droit, matité aux bases, avec obscurité de la respiration.

Le trente-quatrième jour, nous notions un refroidissement très marqué des extrémités, le teint se plombait, le délire et l'abattement persistaient.

Du côté des poumons il existait du souffle mêlé de râles à gauche; de la matité, avec obscurité de la respiration à droite, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, se prolongeant dans l'aisselle, et même en avant sous la clavicule.

Tout nous donnait à supposer qu'il existait un épanchement dans la plèvre droite, mais ni l'égophonie, ni l'abolition des vibrations thoraciques ne pouvaient confirmer ce diagnostic, l'enfant ne parlait presque plus, et très mal. La température restait élevée, à 40° environ.

Enfin le trente-sixième jour l'enfant succombait, après une longue agonie, marquée par de l'agitation, des cris et une température de 40°,9.

L'autopsie ne put être faite, ou du moins nous n'en retrouvons malheureusement pas les notes.

Il n'est pas douteux que, dans ce cas, les hémorrhagies n'aient été la cause première de la mort par le haut degré d'adynamie où elles avaient plongé le malade, qui se trouvait dès lors dans les plus mauvaises conditions possibles pour faire face à la fièvre typhoïde. Nous avions en effet constaté à son entrée et jusqu'au vingt-troisième jour, que

la dothiénentérie suivait un cours normal, sans autre symptôme important que le délire. Or on sait qu'il n'y a rien d'alarmant dans l'existence d'un délire modéré. C'est à partir de ces trois hémorrhagies abondantes, qui se sont succédé à douze heures d'intervalle, et qui ont fait perdre au malade au moins un litre et demi de sang, que la marche de l'affection a subitement pris une allure très grave.

Ajoutons, en terminant, qu'il est rare de trouver, à l'autopsie d'un cas semblable aux précédents, le ou les vaisseaux qui ont donné lieu à l'hémorrhagie. Guéneau de Mussy y insiste; du reste l'ulcération et la perforation d'un gros vaisseau sont des faits exceptionnels. Chomel déjà constatait, à l'autopsie des sujets qui avaient succombé à cet accident, une injection, une infiltration sanguine de la muqueuse intestinale, sur une étendue de dix centimètres à un mètre.

Complications pulmonaires. — Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Elles ne présentent rien d'assez spécial dans le jeune âge pour mériter une description détaillée, laquelle a du reste déjà souvent été faite. Mais à propos de deux cas observés par nous, il nous paraît nécessaire d'en dire quelques mots, en racontant nos observations. On rencontre donc chez l'enfant, au cours de la dothiénentérie, la pneumonie et la broncho-pneumonie.

La *pneumonie* est la moins fréquente des deux. Rilliet et Barthez l'ont observée deux fois, dans un cas le hui-

tième jour, dans l'autre le dixième jour de la maladie. Le professeur Cornil en cite également, chez l'adulte, deux faits avec autopsies. Galissard de Marignac (1) en a observé quatorze cas, dont onze aboutirent à la mort. Enfin M. Cadet de Gassicourt n'a pas vu de pneumonie au cours de la dothiénentérie, mais un seul cas suivi de mort pendant la convalescence de cette maladie. Suivant Guéneau de Mussy il ne serait pas rare de voir la pneumonie, au cours de la fièvre typhoïde, se localiser au sommet du poumon.

1° Alfred M..., âgé de sept ans, entrait à l'hôpital au douzième jour d'une fièvre typhoïde. L'agitation était grande, il y avait du délire de paroles, en même temps qu'un abattement notable, l'enfant n'exécutait pas les ordres qu'on lui donnait, il ne tirait même pas la langue lorsqu'on le lui demandait. Le ventre était souple, un peu douloureux à droite sous les fausses côtes, marqué de petits points de purpura, mais sans taches lenticulaires. La rate, volumineuse, dépassait les côtes de deux centimètres.

L'examen de la poitrine faisait découvrir un point douloureux au mamelon droit, de la matité, du souffle et des râles fins, dans l'inspiration, à la base droite en arrière. La température était très élevée, 41°,7 le soir, 40°,8 le matin.

Le quatorzième jour l'agitation était extrême, la perte de connaissance complète, entrecoupée de plaintes et de gémissements. Température, matin, 41° ; soir, 40°,8. Du côté du poumon nous constations, au même endroit que la veille, de la matité et un souffle aigre, mêlé de râles très fins ; ces signes s'étendaient vers l'aisselle ; ils disparaissaient en avant; le point de côté persistait.

Le lendemain, quinzième jour, mêmes phénomènes stéthoscopiques que la veille. Les râles sont cependant moins fins. Du côté

(1) Thèse de 1881.

gauche on entend de gros râles sibilants et ronflants, disséminés, sans aucune localisation. Comme symptômes généraux nous notions toujours l'absence de connaissance, avec une grande pâleur de la face. La dyspnée était accusée. Le ventre était souple, sans taches, il y avait une ou deux selles diarrhéiques par 24 heures. La température continuait à faire un plateau à 41° environ. Adynamie, tremblement des mains.

L'enfant est mort le soir du quinzième jour, nous n'avons pas pu en faire l'autopsie.

Selon toute apparence, c'est bien à une pneumonie lobaire que nous avons eu affaire. La grande élévation du thermomètre, qui s'est maintenu sans oscillation aucune, l'immobilité des symptômes stéthoscopiques, le timbre du souffle, la finesse des râles, tout nous le fait supposer. Cette pneumonie ne s'est naturellement pas accompagnée d'herpès. Mais, d'un autre côté, nous n'avons pas trouvé de taches rosées lenticulaires. Il est juste d'ajouter que celles-ci, dans le cas où elles auraient été peu nombreuses, eussent fort bien pu nous échapper, au milieu des piqûres de puces et des taches purpuriques dont le ventre était couvert.

Quant à la *broncho-pneumonie*, elle est beaucoup moins rare que la pneumonie, et nous n'en parlerions pas, si nous n'avions sous les yeux une observation que nous désirons rapporter ici. En général elle est tardive dans son apparition, du 20e au 40e jour, à ce que disent Rilliet et Barthez. M. Cadet de Gassicourt en a observé douze cas sur 276 fièvres typhoïdes, et c'est presque toujours à la forme aiguë disséminée, dont les signes se confondent avec ceux de la bronchite capillaire, qu'il a eu affaire. C'est une complication grave.

Destais, dans sa thèse de 1877, émet l'opinion que ces broncho-pneumonies typhoïdes sont peut-être dues à des troubles d'innervation des nerfs pneumogastriques. Cette manière d'envisager la pathogénie de ces accidents se rapproche beaucoup de celle de notre oncle, le professeur Revilliod (de Genève), qui regarde la broncho-pneumonie de la diphthérie comme résultant d'une sorte de paralysie des nerfs vagues. Les maladies infectieuses porteraient donc leur action sur les poumons par l'intermédiaire du système nerveux.

Nous nous souvenons d'un cas, observé par nous, chez un enfant de douze ans, où la complication a revêtu un caractère exceptionnel de gravité, et néanmoins, contre toute espérance, le malade a fini par guérir, après trente-trois jours de maladie. Dans une autre occasion, nous avons encore vu guérir un enfant de dix ans dont voici l'histoire en résumé :

Le début de la fièvre aurait été brusque au dire des parents.

Le septième jour, le malade entrait à l'hôpital, et les deux jours qui suivirent la dothiénentérie affectait une marche très régulière. La température faisait de courtes oscillations, aux environs de 40°, la langue était blanche, il y avait un léger enduit pultacé des gencives, des taches rosées, deux selles en diarrhée par jour.

Le dixième jour nous constations l'existence de quelques râles à gauche, mais la fièvre suivait du reste sa marche normale.

Le treizième jour les signes pulmonaires étaient les suivants : A l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du poumon gauche il existe de la submatité, du souffle, des râles et du retentissement de la voix, néanmoins la température ne

s'est pas écartée de ce qu'elle était au début, elle se tient à 40° environ. La complication n'a du reste aucune influence sur l'état général, qui reste bon et calme.

Le souffle diminuait d'intensité le seizième jour, mais le dix-septième il s'entendait dans la fosse sus-épineuse, avec des râles sous-crépitants assez gros. Le poumon gauche faisait du reste entendre des râles dans toute sa hauteur. Quant à la matité, elle existait au sommet gauche, où la percussion était douloureuse. A droite on entendait aussi quelques râles au sommet.

Le dix-neuvième jour, les symptômes s'étaient beaucoup amendés, la matité avait presque disparu, le souffle était remplacé par des râles, et la température s'était graduellement abaissée, à 38°,3 et 38°,1. Elle devenait définitivement normale, le vingtième jour. Enfin tous les signes stéthoscopiques avaient disparu le vingt-troisième jour, l'enfant était guéri.

On voit donc que la complication pulmonaire, que nous considérons comme une broncho-pneumonie, a évolué complètement en treize jours; ayant débuté le dixième jour, elle s'est terminée le vingt-deuxième; la marche de la température n'a pas du tout été influencée par elle; le thermomètre s'est tenu jusqu'au quinzième jour autour de 40°, puis il s'est abaissé par des oscillations régulières à la normale, qu'il a atteinte le vingtième jour. La fièvre typhoïde a été très bénigne, sans autre incident anormal. Nous pensons avoir eu affaire à une broncho-pneumonie, à cause de la lenteur et du peu de netteté du début, du peu de finesse des râles, de l'extension qu'a prise la lésion, sans pour cela réagir sur l'état général du malade, de l'élévation modérée de la température et enfin des signes qui se sont fait entendre dans l'autre pou-

mon, d'une manière éphémère, mais avec des caractères à peu près semblables aux premiers. Dans le cas particulier la complication a été fort bénigne, mais il n'en est pas toujours ainsi, loin de là.

Nous renvoyons le lecteur au chapitre de la Broncho-pneumonie, où se trouve une belle observation de broncho-pneumonie typhoïde.

Résumé. — Le début de la fièvre typhoïde peut être marqué par des vomissements. Mais le fait nous a paru être moins fréquent qu'on ne l'a dit.

Le torticolis peut également précéder l'apparition de la dothiénentérie.

La brusquerie dans le début de la maladie a été un signe de favorable augure, dans les cas où nous l'avons observée.

Enfin la pneumonie, au commencement de la fièvre typhoïde, n'est pas fréquente, mais elle peut être le premier indice de l'infection.

Dans le cours de la dothiénentérie nous avons observé quatre fois des stomatites de différente nature, et quatre fois des éruptions anomales; tous ces phénomènes sont restés sans influence sur la marche de la maladie.

Dans les hôpitaux, les enfants atteints de fièvre typhoïde sont exposés, comme les autres malades, à contracter des maladies contagieuses (fièvres éruptives, diphthérie, etc.).

La courbe thermométrique affecte très souvent les allures les plus irrégulières, sans pour cela aggraver le pronostic, au contraire.

La durée de la dothiénentérie est en général moindre

dans le jeune âge que dans l'âge adulte, dans plus de la moitié de nos observations elle a été inférieure à vingt et un jours. La maladie la plus courte, à laquelle nous ayons assisté, a duré onze jours ; nous pensons que souvent les auteurs ont appelé typhoïdes des fièvres auxquelles nous refuserions cette qualification. C'est là la raison pour laquelle ils ont décrit des dothiénentéries abortives. Selon nous ces dernières sont prodigieusement rares, au moins dans la clientèle hospitalière.

L'œdème du scrotum, la lenteur et les irrégularités du pouls sont deux phénomènes fréquents chez les enfants ; ils peuvent précéder de quelques jours le déclin de la température, l'accompagner, ou faire leur apparition dans le cours de la convalescence. Dans le premier cas ils peuvent servir à prédire l'époque prochaine de la défervescence.

L'œdème du scrotum et les élévations insolites et inexplicables de la température, pendant la convalescence, apparaissent souvent après des fièvres longues et sérieuses.

Nous avons observé sept rechutes de fièvre typhoïde. La fièvre à rechute est une forme particulière, séparée seulement par des nuances de la forme prolongée et de la forme lente à dépression moyenne (Cadet de Gassicourt). Les causes banales (écarts de régime, etc.) ne jouent probablement aucun rôle dans l'étiologie de la rechute.

Comme complication nous avons remarqué six fois l'otite ou la surdité passagère, sans que ces phénomènes aient eu de gravité.

Une fois une complication articulaire et une fois une périostite, toutes deux très bénignes.

La péritonite par propagation est notée deux fois, elle a causé la mort d'un malade ; dans les deux cas, c'est au début de la maladie qu'elle est apparue.

Deux cas d'hémorrhagies intestinales tardives ont amené la mort du malade, une fois subitement, une autre fois lentement, après une longue période adynamique.

La complication pulmonaire la plus fréquente, après la bronchite et la congestion hypostatique, est la broncho-pneumonie; nous l'avons vue quelquefois, c'est un accident très grave. Dans un cas elle est restée localisée et n'a pas aggravé le pronostic. La pneumonie est rare, elle a tué un de nos malades, le seul chez lequel nous l'ayons notée.

CHAPITRE II

PNEUMONIE FRANCHE ET CONGESTION PULMONAIRE

Il paraîtra peut-être étonnant que nous réunissions dans un même chapitre deux affections anatomiquement si différentes l'une de l'autre. Mais nous avons, pour agir ainsi, des raisons cliniques suffisantes, et cette division nous permettra, en effet, lorsque nous parlerons de la durée et du diagnostic de la pneumonie, de citer les quatre observations de congestion simple du poumon que nous avons sous les yeux; leur nombre eût été trop restreint pour que nous en eussions pu faire un chapitre spécial, elles trouveront donc tout naturellement leur place à côté de la pneumonie.

Après avoir relu nos vingt et une observations de pneumonie franche chez l'enfant, et avoir cherché ce que les auteurs ont écrit sur cette affection, nous sommes en droit de nous trouver embarrassé pour dire des choses nouvelles à son sujet. Ne semble-t-il pas, en effet, que tout y a été décrit en détail et sans aucune omission ?

La pneumonie de l'enfant, du reste, ressemble si bien à celle de l'adulte, que les quelques points par lesquels

elle en diffère ont été déjà souvent mis en lumière par tous ceux qui se sont spécialement attachés à la clinique infantile. Nous nous trouvons donc placé dans l'alternative de ne rien dire du tout de la pneumonie, ou bien de répéter ce que tout le monde sait déjà.

Cependant, nous pensons pouvoir insister sur quelques points de l'histoire clinique de cette affection, et nous trouverons peut-être, chemin faisant, quelques particularités dignes d'être notées. On nous permettra d'être bref.

Age. — Sur nos vingt-un malades, sept avaient de deux à six ans, et quatorze de six à quinze ans ; ce qui nous donne une proportion de un tiers au-dessous de six ans, et deux tiers au-dessus de cet âge. Remarquons encore, qu'avant deux ans, les malades ne sont que rarement admis à l'hôpital, par conséquent, la proportion, en ce qui concerne les enfants du premier âge, doit être augmentée.

Il est, en effet, aujourd'hui hors de doute, que la pneumonie lobaire se rencontre chez de très jeunes enfants, mais moins souvent que la broncho-pneumonie; nous n'en voulons pour preuve que la thèse toute récente de notre ami le Dr Carron (1). Après avoir résumé les opinions des auteurs à ce sujet, il rapporte plusieurs observations, dans lesquelles l'existence de la pneumonie franche paraît avoir été évident.

Aucun de nos malades n'a succombé, le fait n'a rien

(1) Carron de la Carrière. De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, 1886.

de surprenant, on connaît la bénignité de la pneumonie franche des enfants.

Quant au *siège* de la lésion, nous remarquons que sur vingt-un cas, le sommet droit a été atteint cinq fois, le gauche quatre fois, les douze autres observations concernent des pneumonies de la base.

Nous n'avons pas l'intention de discuter à propos de l'étiologie de la pneumonie franche les théories modernes sur sa nature infectieuse, cela nous entraînerait beaucoup trop loin et tel n'est pas le but de ce travail.

Parmi les causes qu'on peut invoquer pour expliquer l'apparition de la maladie, il en est une qui est encore souvent admise, c'est le refroidissement ou l'exposition, le corps étant en sueur, à une brusque variation de température. Cette cause existe souvent d'après Damaschino, dans le quart des cas d'après Grisolle, environ dix fois sur cent d'après Ziemssen, et seulement quatre fois sur cent douze d'après Griesinger (thèse de Bleuler).

Nous sommes placés, à l'hôpital, dans les conditions les plus défavorables pour tenir compte des circonstances qui ont précédé l'entrée des malades dans nos salles, et, la plupart du temps, l'anamnèse, dans nos observations laisse énormément à désirer. Cependant dans deux cas nous avons pu, sans risquer de nous tromper, incriminer un refroidissement.

1° A la suite d'une querelle avec son père, un garçon de onze ans est allé se coucher à la cave. C'était dans une chaude soirée de juillet, il était en manches de chemise. Dès le lendemain, il fut pris d'un point de côté, de céphalalgie, de dyspnée et obligé de s'aliter.

2° Un garçon de quatorze ans s'est baigné dans la Seine le 18 août, le corps étant couvert de sueur. Après son bain il est resté longtemps assis sur un banc à l'ombre, le soir même il est pris de dyspnée, de toux, de fièvre avec point de côté.

Début. — Dans ces deux cas le *frisson* a fait défaut au début de la pneumonie, c'est, en effet, un symptôme qui manque souvent chez l'enfant; Grisolle en fait la remarque, et nous ne l'avons nous-même noté que dans huit observations; onze fois il n'y en a pas eu du tout, et trois fois les renseignements ont été trop incomplets pour que nous en puissions tenir compte.

Un phénomène du début beaucoup plus fréquent est le *point de côté;* il est signalé dans treize de nos observations. Grisolle l'attribue à la pleurésie qui complique si souvent la pneumonie, et il ajoute que cette complication étant plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, le point de côté doit également y faire plus souvent défaut.

Tel n'est pas notre avis. Dans les treize observations où nous avons trouvé un point de côté, il y en a eu sept où aucun signe de pleurésie n'est apparu; il est juste d'ajouter que nous avons noté six fois la pleuro-pneumonie, et que les six fois elle s'est accompagnée de douleur de côté. Nous ne sommes, en outre, pas persuadé que la pleuro-pneumonie soit plus rare chez l'enfant; nos chiffres, ainsi que ceux des auteurs classiques, disent tout le contraire. Si Grisolle a constaté dix fois sur cent des signes manifestes d'épanchement pleurétique, nous avons noté cette complication six fois sur vingt et un, c'est-à-dire dans plus du quart des cas.

Une seule fois le point de côté a siégé du côté opposé à la pneumonie.

Il fit son apparition du côté gauche le quatrième jour de la maladie, alors qu'aucun signe stéthoscopique ne se faisait encore entendre ; ce n'est que le soir de ce même jour qu'apparurent, à la base droite, du souffle et de la bronchophonie. On voit donc que, contrairement à l'opinion de Lépine, le point de côté peut précéder de quelques heures l'apparition des phénomènes d'auscultation. Ces cas, où la douleur siège du côté opposé à la lésion pulmonaire, sont sans doute très rares ; Grisolle n'en a jamais vu de pareils, Gerhardt en a observé parfois, et les attribue à des anastomoses nerveuses entre les intercostaux droits et gauches ; enfin, dans l'ouvrage de Barthez et Sanné, il est fait mention d'un cas de pneumonie unilatérale, où le point aurait occupé alternativement les deux côtés de la poitrine.

Les *symptômes gastro-intestinaux* tiennent également une place importante dans le début des pneumonies infantiles. Nous avons noté très souvent les vomissements, la diarrhée ou la constipation.

Les vomissements se sont montrés sept fois, la diarrhée six fois et enfin la constipation dans cinq observations. Dans six cas nous n'avons pu avoir assez de renseignements.

C'est donc dans le tiers des cas que les enfants vomissent au début de la pneumonie, mais ces vomissements durent peu et sont rarement un danger. La diarrhée a été un peu plus fréquente que la constipation ; telle n'est pas l'opinion de Damaschino, qui dit que la pre-

mière est l'exception, la seconde, au contraire, la règle. Nous pensons avec Barthez et Rilliet que la diarrhée et les vomissements se montrent environ dans la moitié des cas.

Nous avons noté cinq fois des épistaxis, la proportion est donc un peu plus forte que celle qu'indique Grisolle, une fois sur huit, pour les malades âgés de moins de 30 ans.

Nous passons sous silence les autres phénomènes du début, fièvre, dyspnée, céphalalgie, etc. qui sont connus de tous et qui ne nous ont rien présenté de saillant. En général, les signes physiques ne tardent pas à paraître à leur tour et le tableau de la pneumonie est constitué. Mais si, dans la plupart des cas, la pneumonie débute avec fracas, si dès les premières heures on peut le plus souvent la localiser, il est loin d'en être toujours ainsi.

Apparition tardive des signes physiques. — Les phénomènes d'auscultation peuvent se faire attendre plusieurs jours, d'autre part, le début peut être traînant, et lorsque ces deux circonstances se trouvent réunies chez le même malade, on conçoit sans peine les difficultés du diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

Voici, par exemple, un enfant de deux ans et demi, dont la maladie a commencé huit jours avant son entrée à l'hôpital d'une façon insidieuse, par des vomissements, de la diarrhée et de la toux.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois la température était assez élevée. La langue était humide, le ventre souple

sans taches rosées, la rate non limitable, il y avait trois selles diarrhéiques en 24 heures. La toux était fréquente, sans oppression, et en fait de symptômes thoraciques, nous ne notions qu'une légère submatité au sommet droit.

Notre diagnostic hésitait donc entre une fièvre typhoïde et une pneumonie du sommet droit.

Le lendemain, onzième jour, la matité avait disparu, la respiration était normale partout. L'enfant était agité, le ventre souple, sans taches rosées, il y avait beaucoup de diarrhée et de fièvre. Nous inscrivions alors en tête de l'observation : « Fièvre typhoïde ».

Mais le douzième jour la scène avait changé, la température était brusquement tombée à la normale, et on constatait dans l'aisselle droite de la matité, un souffle doux et des bouffées de râles fins.

Voilà donc une pneumonie qui s'est accompagnée de symptômes typhoïdes, dont les signes d'auscultation ne se sont montrés que le lendemain de la défervescence, et qui la veille encore était prise pour une dothiénentérie.

La défervescence a été suivie d'une élévation brusque et passagère de la température sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, ainsi que sur la submatité constatée le neuvième jour au sommet droit.

2° Un garçon de onze ans, soigné autrefois dans notre service de chroniques, avait été envoyé à Berck-sur-Mer, en était revenu le 7 juillet. Huit jours après son retour il se sentait mal en train, sans que rien de précis n'éveillât l'attention; le 26 juillet il fut obligé de s'aliter, se plaignant de céphalalgie, de mal de ventre et de diarrhée ; il avait eu plusieurs épistaxis.

Le 1er août, septième jour de sa maladie, il entre à l'hôpital

avec un léger délire de paroles et d'actions, des douleurs très vives, réveillées par la palpation, dans les deux fosses iliaques, une langue sèche et sale. On entendait des râles sibilants aux deux bases pulmonaires.

Le huitième jour n'amenant aucun changement dans son état, et la température se maintenant entre 39°,8 et 38°,8 nous nous crûmes en droit de porter le diagnostic de fièvre typhoïde, malgré l'absence de taches rosées et de tuméfaction splénique.

Mais le soir du huitième jour, à une heure, il survint un point de côté droit, une dyspnée assez grande. A trois heures nous avons constaté de la matité et du souffle dans la partie moyenne du poumon droit, et le thermomètre montait à 40°,6.

Le neuvième jour le souffle et la matité s'entendaient dans tout le poumon droit, mélangés à des râles crépitants. Rougeur de la pommette droite, expectoration, dyspnée, rien ne manquait au tableau ; la température s'était abaissée et marquait 38°,8 le matin, 38°,7 le soir. Elle se maintint autour de 39° jusqu'au soir du dixième jour, et retomba à la normale, pour ne plus s'en écarter, à partir du onzième.

La défervescence a donc été graduelle. Les signes pulmonaires allèrent en s'atténuant petit à petit, la résolution fut complète le quatorzième jour.

Voilà donc un cas où le début a été insidieux et marqué par des phénomènes typhoïdes, où les signes stéthoscopiques ne se sont montrés que le 8e jour, où la température elle-même s'est maintenue à un niveau moyen ; dans ces conditions là, les erreurs de diagnostic sont presque inévitables.

Inutile de multiplier les exemples, ces faits se voient quelquefois, sans être pour cela très fréquents. Mais bien souvent la pneumonie, tout en étant centrale, et ne donnant lieu à aucun signe d'auscultation pendant un

temps plus ou moins long, peut cependant être diagnostiquée avec certitude, sinon quant à son siège, au moins quant à son existence.

En voici un curieux exemple.

Un enfant de neuf ans, habituellement bien portant, tombe malade le 24 janvier ; il est allé à l'école le matin, mais à midi il mange sans appétit, se plaint de malaise général, de courbature et de céphalalgie. Puis surviennent quelques petits frissons qui se prolongent assez avant dans la nuit.

Le lendemain l'enfant se lève un peu, mais il reste sans entrain, ni appétit, la peau est chaude, il n'y a pas de garderobes. Le troisième jour apparaissent quelques petits vésicules d'*herpès* sous la narine gauche, et comme l'état général est toujours assez mauvais, la mère demande l'admission du malade à l'hôpital.

L'enfant est pâle et très abattu, il répond à peine aux questions qui lui sont adressées. Etat saburrhal très marqué, constipation. On n'entend rien du tout dans la poitrine ; la respiration est pure partout, la température accuse dans le rectum 39°,4.

Le quatrième jour, au matin, le thermomètre marque 40°. Le point de côté est apparu *à gauche*, au niveau de l'hypochondre ; la pommette *gauche* est rouge.

Il existe une dyspnée marquée, 44 inspirations par minute, avec battement des ailes du nez, mais on n'entend toujours rien d'anormal dans la poitrine. Malgré cela le diagnostic de pneumonie s'imposait et, eu égard à la localisation gauche du point de côté et de la rougeur de la pommette, nous nous crûmes en droit de penser que la lésion siégeait dans le poumon gauche.

Eh bien, l'événement nous donna tort, car la pneumonie se révéla le soir même du quatrième jour, à la base du poumon *droit* par un souffle très net, sans mélange de râles, mais avec de la bronchophonie.

Dès lors la maladie marcha très régulièrement, la tempéra-

ture, après s'être maintenue entre 40° et 41° pendant trois jours, fit une brusque défervescence, dans la nuit du septième au huitième jour, et tout ne tarda pas à rentrer dans l'ordre.

Nous avons observé cinq fois ces retards dans l'apparition des phénomènes d'auscultation, retards dus à ce que le premier noyau de pneumonie était assez éloigné de l'oreille pour que celle-ci ne pût en percevoir les signes.

Mais le fait qui rend cette observation curieuse c'est la situation à gauche du point de côté et de la rougeur de la pommette. Nous avons parlé plus haut de la première de ces circonstances, quant à la seconde, elle se voit quelquefois, et si nous interrogions le professeur Jaccoud à cet égard, il nous dirait qu'il a été atteint d'une pneumonie droite, précédée pendant quinze heures d'une rougeur, accompagnée de chaleur, de la joue gauche (1).

Si nous avions pu observer nos 21 malades dès le début de la pneumomie, il est bien probable que nous aurions noté beaucoup plus fréquemment un retard dans l'apparition des signes de percussion et d'auscultation; mais les enfants n'entrent à l'hôpital que lorsque la maladie est déjà bien confirmée, en général après le quatrième jour, quelquefois le cinquième, sixième ou septième; il est rare qu'une pneumonie centrale au début ne soit pas devenue superficielle à cette époque-là. Quelquefois elle peut rester centrale pendant toute sa durée. Laënnec n'a vu manquer qu'une seule fois

(1) Lépine. Dict. Pratique.

les signes physiques ; Grisolle dit que le fait est plus fréquent; pour nous, nous ne l'avons pas observé, mais tous les auteurs le mentionnent; M. Cadet de Gassicourt entre autres en cite un bel exemple.

Les cinq cas dans lesquel les signes pulmonaires ont été tardifs, et dont nous possédons les observations, concernent deux fois des pneumonies du sommet et trois fois de la base; la lésion s'est accusée au doigt et à l'oreille les quatrième, cinquième, huitième, neuvième et dixième jours. Mais, nous le répétons, ce n'est qu'exceptionnellement que, pour un médecin habitué à la clinique infantile, le diagnostic reste en suspens jusqu'à l'apparition des râles ou du souffle. Presque toujours l'herpès, le point de côté qu'il faut chercher avec soin, l'élévation extrême de la température, la respiration fréquente et le mode de début auront auparavant déjà levé les doutes. Dans le cas seulement ou un début traînant, des symptômes typhoïdes ou cérébraux tiendraient une place importante dans le tableau, l'hésitation serait permise.

Nous avons dans nos notes deux observations qui indiquent, qu'avant leur entrée à l'hôpital, les petits malades, âgés l'un de deux ans et demi, l'autre de trois ans, ont été, pour les médecins qui les avaient soignés, une cause d'erreur bien excusable. Tous deux, lorsque nous les avons vus pour la première fois, avaient des signes manifestes de pneumonie, l'un à la base gauche, l'autre dans toute la hauteur du poumon droit ; mais avant l'apparition de ces phénomènes, tout donnait à supposer qu'on avait affaire à la méningite tuberculeuse. Nous

n'insistons pas sur ces faits qui sont très connus, et que nous n'avons du reste pas eus sous nos yeux en temps utile.

L'*herpès* est un phénomène qu'on rencontre très souvent dans le cours de la pneumonie. Bleuler l'a observé quarante-trois fois sur cent, Lebert treize fois sur cent, Ziemssen dit qu'il existe dans la moitié des cas chez les enfants et Thomas, au contraire, le croit moins fréquent chez ceux-ci que chez les adultes. Nous l'avons noté huit fois sur vingt et une. On connaît les théories de Parrot, de Lagout et de notre excellent maître, le Dr Ch. Fernet; il est superflu de les rappeler, et leur discussion nous entraînerait trop loin. Bien souvent, lorsqu'en 1881, nous avions l'honneur d'être l'élève de M. Fernet, notre attention a été attirée sur ces faits. Nous avons pu dès lors en vérifier l'exactitude à mainte reprise, et nous ne sommes pas éloignés de partager son avis.

Quoi qu'il en soit, l'herpès n'est pas comme le croyaient les anciens auteurs, un phénomène critique. Son apparition précoce, de beaucoup antérieure à la crise pneumonique, dans la majorité des cas, le prouve surabondamment. C'est, en effet, presque toujours au commencement du troisième jour qu'il se montre. Et de fait, sur nos huit observations, il est apparu cinq fois le troisième jour, une fois le cinquième et une fois le sixième. Deux fois il y a eu deux éruptions successives, les troisième et cinquième, troisième et sixième jours.

Presque tous les auteurs s'accordent à lui reconnaître une signification pronostique favorable (G. Sée, Waller, Barthez et Sanné). Il n'est question, chez ces derniers, que

d'un seul cas, où une pneumonie accompagnée d'herpès ait occasionné la mort du malade.

Pour Broadbend l'herpès indiquerait seulement que le début de la maladie s'est accompagné de frisson. Nous n'avons remarqué cette particularité que dans quatre cas, dans les quatre autres le frisson a manqué; de même l'herpès a fait défaut chez quatre enfants, dont la pneumonie avait débuté par un ou plusieurs frissons.

L'*expectoration* a manqué dix-huit fois sur vingt et une. Les trois malades qui ont rendu les crachats caractéristiques de l'hépatisation avaient de onze à quatorze ans.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux neuf observations de *pneumonie du sommet;* nous avons dit plus haut que nous l'avons rencontrée cinq fois à droite, et quatre fois à gauche. Aucun de ces cas n'a présenté de particularité, inhérente à la localisation, digne d'être notée; deux fois les signes d'auscultation se sont fait attendre jusqu'au cinquième jour, et une fois jusqu'au neuvième. Trois fois la défervescence s'est faite par échelons du sixième au neuvième jour, du dixième au quatorzième et du sixième au huitième.

Dans les autres cas elle a eu lieu brusquement les cinquième, sixième et neuvième jours. Une seule fois la pneumonie du sommet s'est accompagnée d'un épanchement, dont la résolution était terminée au bout de vingt jours, et deux fois des poussées congestives, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir, se sont ajoutées à la lésion inflammatoire. Le fait que dans huit de nos observations de pneumonie du sommet nous trouvons la mention d'un délire de paroles et d'actions plus ou moins

accusé d'un certain degré d'agitation, semble donner raison à l'opinion généralement admise à cet égard.

Par contre, nous n'avons pas remarqué que le début et marche fussent plus traînants, la convalescence plus longue, la dyspnée et la température plus exagérées que dans les pneumonies de la base (1). Le thermomètre a plusieurs fois dépassé 41°, mais ce chiffre n'a rien d'exceptionnel dans la maladie qui nous occupe, et la température ne s'est du reste pas maintenue longtemps à cette hauteur. Ainsi que le fait remarquer le professeur Peter, le point de côté nous a paru manquer souvent (cinq fois), et être en tout cas moins accusé dans les pneumonies du sommet.

En somme, nous pouvons affirmer que, sauf peut-être dans les cas où le délire est venu s'y ajouter, la physionomie de la pneumonie n'a en aucune manière été modifiée par la localisation de la lésion au sommet. Le délire a du reste été constaté dans trois pneumonies de la base, sans qu'il ait eu aucun caractère alarmant.

Si un certain degré de *pleurésie* accompagne presque toujours la pneumonie, comme le disent Picot et D'Espine, dont M. Cadet de Gassicourt partage l'opinion, il n'en est pas de même de l'épanchement pleurétique, ce dernier auteur ne l'a trouvé que huit fois. Il nous a cependant paru être plus fréquent, car nous l'avons constaté dix fois. Ici l'erreur de diagnostic est possible, et il est bien peu de médecins, même très familiarisés avec l'aus-

(1) Lépine. Dict. Prat.

cultation des poitrines d'enfants, auxquels il ne soit arrivé de plonger l'aiguille d'une seringue de Pravaz ou le trocart d'un aspirateur dans une pneumonie massive, une spléno-pneumonie, qui donnait absolument tous les signes d'un épanchement pleural. « On ne peut pas, « comme le dit si bien le professeur Lépine, se baser « sur la matité, le silence et l'abolition des vibrations « vocales pour affirmer l'existence du liquide, même si « la pneumonie est au sommet, et le soi-disant épan- « chement à la base. L'égophonie, le déplacement du « cœur ou du foie, les modifications des signes par les « changements de position imprimés aux malades ont « seuls de la valeur. »

Dans les six cas observés par nous le diagnostic nous a paru incontestable, et souvent, dans le doute, nous l'avons confirmé au moyen d'une ponction capillaire. Du reste, dans cinq observations, la pleurésie n'a en rien influencé la marche générale de la maladie.

L'épanchement est apparu entre le troisième et le septième jour, dans les jours qui ont immédiatement précédé ou suivi la défervescence de la température ; il n'a jamais atteint une grande hauteur, et il s'est toujours terminé par résolution, sans avoir défiguré le tracé de la température, ni ajouté d'autres symptômes que les signes physiques. Tout était terminé, et la respiration avait repris une parfaite pureté, au plus tard vingt jours après le début de la pleuro-pneumonie.

Une seule fois les choses se sont passées moins simplement, et l'épanchement a sans doute précédé le début de la pneu-

monie ; c'est dans l'observation d'un garçon de quinze ans, qui souffrait d'un point de côté depuis cinq jours, sans que pour cela il eût interrompu ses occupations habituelles, lorsque, dans la nuit du 23 au 24 mai, le point de côté augmenta soudain d'intensité, et il survint un gros frisson.

Le 26 mai, troisième jour de la pneumonie, il apparut un groupe d'herpès labial.

Nous vîmes le malade pour la première fois le quatrième jour, nous constatâmes alors les signes suivants : A la base droite en arrière : abolition des vibrations thoraciques, matité absolue, silence respiratoire en bas et souffle doux à la limite supérieure de la matité. Egophonie très nette. En avant, sous la clavicule : son tympanique et respiration puérile.

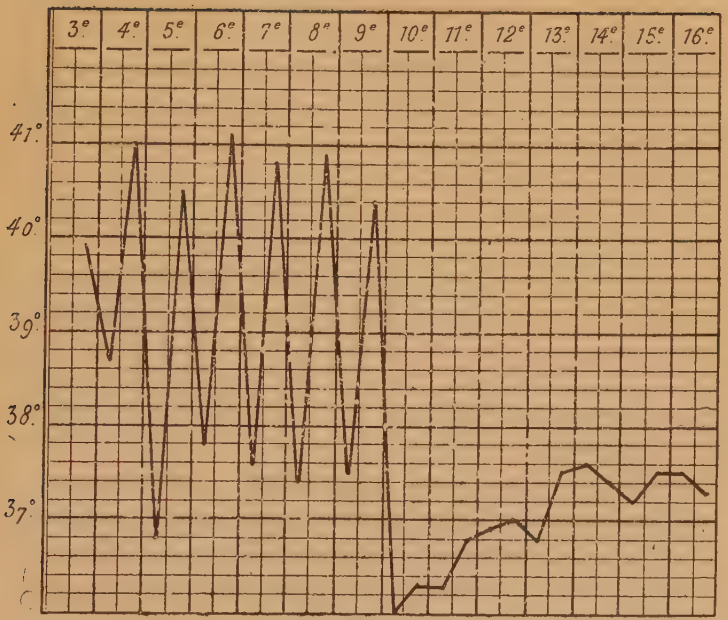
On n'entendait aucunement la pneumonie ; mais elle existait sans doute sous l'épanchement. Ce qui nous le prouvait, c'était le plateau très élevé de la température, au-dessus de 40°, presque sans rémissions, les deux poussées successives d'herpès (troisième et sixième jours), l'anxiété et la dyspnée, dont l'intensité était en désaccord complet avec le peu d'abondance de l'épanchement.

Peu à peu celui-ci diminua, et la respiration put arriver à l'oreille, mélangée de râles sous-crépitants de retour. Mais la température, au lieu de faire une brusque défervescence, s'abaissa petit à petit, par de courtes oscillations, et n'atteignit la normale que le trente et unième jour, en même temps à peu près que se fit la résolution de l'épanchement. L'enfant conservait encore un peu d'obscurité de la respisation lorsqu'il quitta le service.

On voit donc que, tout en étant demeurée sans gravité, la pleurésie a tenu une place importante, qu'elle a dominé la scène, et que la pneumonie sous-jacente n'a joué qu'un rôle secondaire, surtout au point de vue de ses signes physiques, que son existence a pourtant pu

être affirmée, mais que la marche générale de la maladie, la courbe de température et les signes locaux ont été ceux d'une pleurésie et non d'une pneumonie. Ces faits, il est vrai, sont rares, mais ils prouvent que dans les cas de pleuropneumonie l'une ou l'autre des deux affections peut dominer la scène et imprimer son cachet spécial à la marche de la maladie.

Relativement au *tracé de la température*, ce qui nous a, en général, frappé c'est que le plateau élevé à 40° et au-dessus est rarement uni, les rémissions matinales nous ont paru être plus accusées, les oscillations plus larges que chez l'adulte, mais c'est là un fait de peu d'importance sur lequel nous ne nous appesantirons pas. Nous ne pouvons cependant passer sous silence une observation où la courbe thermométrique a revêtu une apparence à tel point fantastique, que, si nous n'avions pris nous-même, et avec grand soin, les températures, plusieurs fois par jour, nous ne pourrions croire à leur exactitude. Nous mettons ce tracé sous les yeux du lecteur, et voici l'observation dont il s'agit :



Un jeune garçon de six ans et demi, chez lequel nous n'avons pas trouvé trace d'aucun état pathologique antérieur, a été pris le 5 avril de fièvre avec frissons, de point de côté à gauche et de vomissements.

La langue était sèche, la soif intense.

Un groupe d'herpès labial est apparu le 7 avril, troisième jour de la maladie. C'est ce jour-là qu'on nous a confié le malade et voici ce que nous avons constaté.

La percussion donnait de la matité en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses, une submatité à tonalité élevée dans l'aisselle et en avant sous la clavicule. L'auscultation faisait entendre en arrière, au niveau de la matité, une grande obscurité de la respiration, en avant, mais dans les secousses de

toux seulement, un souffle net et doux. Il s'agissait évidemment d'une pneumonie, le thermomètre était à 39°,9, le pouls à 138.

Le lendemain, aucun changement dans les signes physiques, le délire nocturne avait été très accusé, mais s'était calmé le matin. La température était le matin à 38°,7, le pouls à 120. Le soir : température, 41°; pouls, 148.

Le cinquième jour nous constations une brusque défervescence de la température, le thermomètre était tombé à 36°,8, et le pouls à 80. C'était une chute de plus de quatre degrés pour l'un, de 68 pulsations pour l'autre. Les signes physiques n'avaient pas varié, quelques râles étaient seulement apparus en avant, mélangés au souffle. Nous croyions à la défervescence; il n'en fut rien. Le soir même le thermomètre montait à 40°,5, et le pouls à 140 pulsations.

Pendant les quatre jours qui suivirent la température et le pouls continuèrent leurs énormes oscillations. Normaux le matin, ils s'élevaient à 41 degrés et à 140 ou 150 pulsations le soir. Le délire et l'agitation survenaient dans la soirée, pour se calmer le matin. L'un et l'autre étaient très violents à partir de trois heures après midi. L'enfant poussait des cris, disant : « Je vais mourir. Je veux m'en aller chez moi. J'ai soif. » Les mots se pressaient sans suite sur ses lèvres. Mais douze heures après, dans la seconde partie de la nuit, il dormait calmement, et le matin à la visite, il possédait toute son intelligence, restait seulement un peu grognon, mais répondait aux questions qu'on lui adressait.

Pendant ces quatre jours les signes physiques ne varièrent pas beaucoup ; le souffle augmenta d'intensité, se faisant entendre même en dehors des secousses de la toux, mélangé de râles assez fins, aux deux temps de la respiration. On pouvait le constater en avant et dans l'aisselle. En arrière, la respiration était seulement obscure. Ces signes étaient identiques matin et soir, que la température fût normale ou élevée.

C'est entre quatre et cinq heures du soir que le thermomètre

atteignait son maximum de hauteur, puis il s'abaissait, et l'apyrexie s'établissait après minuit.

De nombreuses observations thermiques ont été faites et ont toujours donné les mêmes résultats, le pouls a fidèlement suivi la température dans ses écarts.

Nous ne savions que penser de ce cas, et nous incriminions tour à tour la tuberculose ou l'impaludisme, mais le sulfate de quinine restait sans aucune action, et notre embarras était grand. Nous le répétons, à part la bizarrerie du tracé thermométrique, tout se passait pourtant très normalement, et nous n'aurions certes pas hésité, en tout autre circonstance, à affirmer catégoriquement l'existence d'une peumomie franche du sommet gauche.

Heureusement le dixième jour la scène changea, la température, qui était descendue le matin à 36° degrés dans le rectum, resta à 36°,3 le soir, et le matin du onzième jour.

Le pouls battait alors 76 à 84 fois par minute. Les signes physiques persistèrent, sans modification, mais le délire et l'agitation ne reparurent pas.

Le onzième jour la matité disparaissait un peu sous l'aisselle, le douzième le souffle s'atténuait, le quatorzième la respiration était simplement soufflante, avec quelques râles de temps à autre, et le dix-septième la sonorité était presque normale et la respiration un peu rude.

L'enfant a quitté le service, absolument guéri, et nous ne l'avons pas revu.

Nulle part nous n'avons pu trouver une observation analogue à celle qu'on vient de lire, et tous ceux que nous avons interrogés à cet égard-là nous ont dit n'avoir jamais vu de cas comparable au nôtre.

Grisolle mentionne bien l'existence possible de pneumonies tout à fait apyrétiques, ou dans lesquelles la température ne s'est élevée que pendant peu de temps, tan-

dis que les signes physiques restaient stationnaires ou s'étendaient. Le professeur Lépine dit aussi que chez l'enfant on a signalé la possibilité de rémissions, matinales surtout, et si prononcées, qu'elles ont pu faire croire à des crises précoces. Ce sont des rémissions pseudo-critiques (Dict. pratique), mais il est assez peu explicite à cet égard.

Nous sommes donc en droit de supposer que notre observation est la première dans son genre. Nous ignorons la cause de ces variations du thermomètre ; il ne s'agit évidemment pas de la forme dite intermittente de la pneumonie, car les signes constatés, chaque matin, à la visite et consignés dans l'observation quotidienne, pendant la période apyrétique, étaient les mêmes identiquement pendant la période de pyrexie ; en outre l'enfant n'avait jamais quitté Paris, et rien ne nous permettait d'incriminer l'impaludisme ; du reste les périodes fébriles revenaient dans la soirée. Enfin la résolution a été si complète, le cycle de la maladie si régulier, que nous avons dû abandonner l'idée d'une tuberculose, à début pneumonique, à laquelle nous avions songé tout d'abord. L'explication est donc encore à trouver et elle le sera, sans doute, lorsque d'autres faits semblables auront été observés.

Avant d'aborder la question de la congestion pulmonaire, nous désirons achever ce qui concerne la pneumonie dépourvue de cette complication, et résumer deux observations qui présentent quelque intérêt.

Résolution lente de la pneumonie. — Nous savons

que la défervescence, une fois accomplie, le malade entre en convalescence, et les lésions pulmonaires se résolvent en général assez rapidement, dans les dix jours qui suivent la crise (Cadet de Gassicourt).

Nous avons pu vérifier l'exactitude de ce fait dans vingt observations. Lorsque la résolution traîne plus longtemps, il faut toujours faire des réserves sur la nature, peut-être tuberculeuse, de la pneumonie.

Notre maître cite un exemple de pneumonie, dont la résolution ne fut complète qu'au bout de plus de vingt jours; le malade fut retrouvé deux mois plus tard, avec des signes évidents de tuberculose pulmonaire (1).

Mais ce mode de début de la phtisie peut fort bien ne pas se distinguer d'une pneumonie, en apparence normale.

Nous avons observé une pneumonie, chez un enfant de trois ans ; elle siégeait au sommet droit, avait débuté brusquement, avec frisson, délire, etc., son évolution avait été très normale, et le cycle fébrile s'était terminé par une défervescence de quatre degrés, en 24 heures, du sixième au septième jour.

Néanmoins, après quatre jours d'apyrexie, la fièvre était réapparue, mais peu intense, la température oscillait de 38°,5 à 39°. Rien ne semblait pouvoir expliquer la recrudescence fébrile, nous en eûmes l'explication, le dixième jour après la crise. A ce moment, la lésion pulmonaire était en apparence résolue, et la respiration parfaitement pure partout, mais un abondant écoulement séro-purulent des deux oreilles rendait suffisamment compte de cette légère fièvre. Cette otite moyenne

(1) Cadet de Gassicourt, t. I, p. 84.

double dura environ quinze jours, et le malade sortit en apparence complètement guéri.

Nous disons *en apparence* car nous le revîmes cinq jours plus tard, en pleine éruption rubéolique; cette rougeole, il l'avait contractée dans le service, et il l'incubait, lorsqu'il rentra dans sa famille. Elle évolua simplement, et nous perdîmes de nouveau l'enfant de vue, mais pas pour longtemps, car trois mois après il se présenta pour la troisième fois dans nos salles, avec une nouvelle pneumonie, également du sommet droit.

Elle avait, comme la première, débuté brusquement, dans la nuit, sans frisson, mais avec fièvre, délire, céphalalgie; comme la première aussi, elle évolua normalement, la défervescence fut bien complète, le cinquième jour, et la résolution paraissait commencer, lorsque le dixième jour les parents firent sortir leur enfant de l'hôpital. Nous ne le revîmes plus depuis.

Mais tout nous faisait craindre qu'il ne fût tuberculeux, son père l'était, d'une façon évidente ; lui-même avait eu une otite double et deux pneumonies successives, au sommet droit, séparées par un court intervalle de quelques semaines.

L'autre observation, à laquelle nous faisions allusion plus haut, est celle d'un enfant de trois ans, dont la maladie avait revêtu, au début, une physionomie cérébrale si marquée, qu'il nous fut envoyé avec le diagnostic de méningite ; nous ignorions du reste la date exacte du début qui avait été assez traînant.

A son entrée, la pneumonie était manifeste et siégeait à la base droite.

Dès le lendemain la défervescence était faite, nous étions donc entre le cinquème et le dixième jour de la maladie. Le souffle et la matité persistèrent sans s'atténuer les jours suivants.

Six jours après la chute du thermomètre, sans que celui-ci eût abandonné la normale, des phénomènes de *tétanie* éclatèrent brusquement, pour disparaître au bout de deux jours, mais ce n'est qu'au douzième jour de la défervescence que les signes physiques de la pneumonie se furent complètement effacés.

La résolution avait donc été un peu plus longue que d'habitude, les phénomènes nerveux plus accusés, soit au début, soit à la fin ; mais néanmoins tout était bien rentré dans l'ordre, et la maladie n'avait, en tout, duré qu'un mois à peine.

L'otite et la tétanie, voilà donc les deux seules complications rares, que nous ayons été à même d'observer.

Elévations de la température pendant la convalescence. — Si le lecteur veut bien se reporter à ce que nous disons de la convalescence dans la fièvre typhoïde, il verra que nous y avons très souvent observé de brusques et courtes élévations de la température, au-dessus de la normale. Le thermomètre était resté au-dessous de 38° dans les jours qui les ont précédées, il y est redescendu dans les jours suivants. Nous ajoutions que rien dans l'état général, ni local du malade n'avait pu nous expliquer ces accès de fièvre, et que Henoch, tout en les ayant mentionnés, n'en avait pas davantage pu trouver la raison.

Pareils faits se sont montrés après la pneumonie dans quatre cas différents. Nous ne les énumérerons pas, car ils ont été en tous points semblables à ceux qui nous ont frappé dans la convalescence de la dothiénenterie. Le thermomètre s'élève le soir, tout à coup, de un ou deux degrés au-dessus de la normale, le lendemain il y retombe pour ne plus s'en écarter. D'autres fois les oscillations se répètent plusieurs jours de suite, ou à des intervalles irréguliers. Une fois elles se sont montrées les quinzième, seizième et dix-septième jours, alors que la respi-

ration était déjà redevenue pure partout. Absolument rien n'a pu nous en dévoiler la cause.

Congestion pulmonaire. — Dans la partie de ce travail qu'on va lire nous traiterons de quelques cas, où des poussées congestives sont venues s'ajouter à la pneumonie, puis nous mentionnerons deux observations de congestion simple, idiopathique du poumon.

Nous tenons à rappeler, dès le début, que c'est à M. Cadet de Gassicourt que revient l'honneur d'avoir de nouveau appelé l'attention des médecins sur des faits décrits par Woillez, mais passablement négligés après lui. Nous n'ajouterons rien à la description si nette, si claire, appuyée par des preuves d'une si incontestable évidence, que notre maître en a donnée dans son Traité clinique. Bien souvent, pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être son interne, il a attiré notre attention sur des faits analogues. Du reste, les idées qu'il nous a transmises font leur chemin, et nous lisons avec le plus grand plaisir, dans la dernière édition de l'ouvrage de Rilliet et Barthez (1884) la phrase suivante : « La con-« naissance approfondie de la congestion pulmonaire et « du rôle qu'elle joue dans les autres affections thoraci-« ques a été mise en évidence par M. Cadet de Gassicourt, « dans un travail remarquable par la clarté de l'exposi-« tion et frappé au coin du sens clinique qui se remar-« que dans les œuvres de ce médecin distingué. Nous « avons eu la satisfaction d'être d'accord avec lui sur « tous les points ».

De nos vingt et une observations de pneumonie fran-

che, cinq font mention de poussées congestives bien nettes, dont le siège a été plus ou moins éloigné de celui de la lésion inflammatoire. Nous ne les citerons pas toutes, pour ne pas allonger inutilement ce travail, mais nous tenons cependant à en résumer deux, très brièvement, à cause de la clarté avec laquelle la congestion s'est manifestée.

1° Un garçon de cinq ans a été pris brusquement, le 3 juillet, d'une violente céphalalgie, de vomissements et de fièvre. Il entre à l'hôpital le 7 juillet, avec de la dyspnée, de l'agitation et une température élevée à 39°,8.

Nous pensions bien avoir affaire à une pneumonie, mais nous l'avons cherchée en vain; la respiration était pure partout.

Le 8 juillet, sixième jour de la maladie, on vit apparaître plusieurs groupes d'herpès tout autour de l'orifice buccal, l'auscultation restait toujours muette, la température montait à 40°,8.

Le septième jour, enfin, nous pûmes percevoir dans la fosse sous-épineuse droite une très légère submatité et un souffle doux, mais incontestable. La température restait au-dessus de 40°.

Nous pensions alors être en présence d'une pneumonie centrale du sommet droit, dont les signes étaient restés nuls jusqu'à ce jour. Mais le lendemain, le souffle que nous avions entendu s'atténuait, et par contre il y en avait un peu au sommet gauche, en même temps qu'une submatité très marquée.

Le 12 juillet, dixième jour de maladie, la température atteignait 41°,6, les signes que nous avions perçus le septième jour, au sommet droit, avaient complètement disparu, et la pneumonie s'était bien clairement affirmée du côté gauche, où l'on entendait du souffle rude, mêlé à des râles sous-crépitants fins.

A partir de ce jour la défervescence se fit par échelons et arriva à son terme le quatorzième jour. Les signes physiques de pneumonie allèrent en s'atténuant et disparurent le dix-septième. L'enfant quitta l'hôpital le 26 juillet, très bien guéri.

C'est là un bel exemple de congestion dans le cours d'une pneumonie ; la première est apparue le septième jour, à droite, alors que les signes certains de la seconde ne se sont montrés que le neuvième jour, à gauche. La température n'a pas été sensiblement influencée par la poussée congestive, elle était du reste déjà assez élevée auparavant.

Voici une autre observation, où la congestion est survenue après la défervescence, et où la température est remontée, pendant 24 heures, bien au-dessus de la normale.

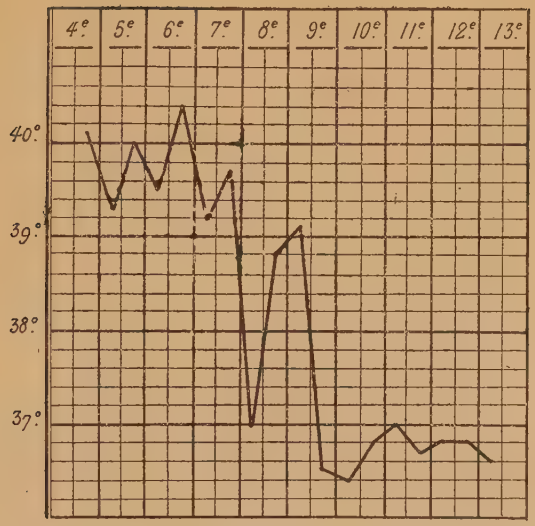
Un enfant de deux ans et demi est entré dans nos salles, au quatrième jour d'une pneumonie de la base gauche, marquée par de la matité, du souffle et des râles fins. Ces signes persistaient, sans changements, jusqu'au septième jour, avec une température oscillant entre 39°,3 et 40°,4.

Le huitième jour, au matin, le thermomètre était tombé à 37°, la matité persistait, mais le souffle avait presque complètement disparu et on n'entendait plus que de gros râles sous-crépitants La défervescence avait donc eu lieu normalement, et la résolution commençait.

Mais le soir même la température remontait à 38°,8, et le matin du neuvième jour à 39°,1.

Un nouveau souffle était apparu, situé plus haut que le premier, à l'angle inférieur de l'omoplate. Ce nouveau signe s'atténua aussi vite qu'il était apparu, et le soir de ce même neuvième jour, la température redescendait définitivement à la normale.

Le dixième jour, voici ce qui fut consigné dans l'observation : « Encore un peu de submatité et des râles, mais plus de souffle ». L'enfant sortit le treizième jour.



Nous avons une troisième observation, en tout point semblable à la précédente, où la pneumonie siégeait dans la partie moyenne du poumon *droit*. La défervescence se fit dans la nuit du onzième au douzième jour.

Mais le tracé thermométrique fit alors une brusque oscillation; de 36°,8 il remonta, le soir du douzième jour, à 39,2 et redescendit le lendemain matin à 37°. Pendant ce temps-là, nous vîmes apparaître au sommet *gauche*, en avant, une matité nette, accompagnée d'un peu de souffle et de râles fins. Tous ces phénomènes disparurent très rapidement, tandis que la résolution de la pneumonie suivait sa marche graduelle accoutumée.

Ces faits nous paraissent être d'une incontestable net-

teté, nous n'y insisterons pas davantage, M. Cadet de Gassicourt les a, du reste, discutés très logiquement dans son traité clinique. Barthez et Sanné en publient deux exemples qu'on dirait calqués sur les précédents, et ils les interprètent de la même façon que nous. Enfin Henoch cite, sans en donner l'explication, le cas d'un malade, chez lequel la crise fut suivie d'une brusque et courte ascension de la température à 40°,2. Nous pouvons penser, qu'il s'est agi d'une poussée congestive qui a passé inaperçue aux yeux de l'observateur.

Si maintenant nous considérons la *congestion idiopathique, primitive,* il est encore une question dont nous désirons parler un peu, c'est celle de la durée de la pneumonie, comparée à celle de la congestion.

Presque tous les auteurs admettent l'existence d'une forme abortive de la pneumonie, et lui assignent une durée inférieure à cinq jours, pouvant même ne pas dépasser deux ou trois jours.

Wunderlich (1) en cite deux variétés :

1° Une fièvre pneumonique acnéiforme, pouvant durer en tout, deux ou trois jours.

2° Une fièvre pneumonique éphémère, prolongée, qui se déroule en cinq jours.

« Dans ces deux formes de pneumonie, suivant cet « auteur, les processus locaux sont insignifiants et cor- « respondent aux infiltrations modérées ou circonscrites « qu'on rencontre dans le cours d'un catarrhe bronchi- « que, par exemple. »

(1) *De la température dans les maladies,* traduction par Labadie-Lagrave.

Autrement dit, la lésion de ces pneumonies abortives est comparable aux congestions locales, qu'on observe dans le cours d'une bronchite.

En cela nous sommes absolument d'accord; nous ne voyons donc pas pourquoi on leur donnerait le nom de pneumonie, ou de fièvre pneumonique, qui rappelle l'inflammation du tissu pulmonaire, alors qu'il ne peut en être question.

Bernheim cite dans un travail, publié en 1877 dans la Revue médicale de l'Est, deux cas de pneumonie abortive.

Dans l'un c'est un homme de 62 ans qui fut pris *dans le cours d'une bronchite*, notons bien ce fait, tout à coup, à une heure du matin, d'une dyspnée extrême et de point de côté. On constatait, au bout de quelques heures, les signes suivants : submatité, souffle, râle crépitant et bronchophonie à la base gauche; rhonchus dans toute la poitrine, crachats rouillés, température 36°,4. La crise s'est terminée au commencement du troisième jour, le souffle a disparu le quatrième et le malade était guéri le sixième.

Dans un autre fait, une femme sujette aux fluxions de poitrine, elle en avait eu deux qui avaient duré cinq jours et trois jours, fut prise de symptômes pneumoniques. La fièvre tomba à la fin du troisième jour, et la respiration avait recouvré toute sa pureté le sixième jour.

Henoch cite également deux observations de pneumonie abortive.

Un enfant de dix ans, *souffrant depuis dix jours d'un catarrhe*, fut exposé au froid.

Le lendemain, 8 avril, à cinq heures du matin, on constatait de la fièvre, avec des signes de pneumonie.

Le 10 avril, au soir, 40° de température; le lendemain matin, apyréxie.

Le 12, les signes physiques avaient presque entièrement disparu.

La fièvre avait duré trois jours à peine, la lésion quatre jours.

Enfin, dans une autre circonstance, un enfant de onze ans entre à l'hôpital, le 27 juin, pour un catarrhe pulmonaire, sans fièvre.

Le 30 juin, au matin, température 40°,5, toux, point de côté à gauche. Respiration indéterminée (nous dirions obscure) dans la fosse sous-épineuse.

1er juillet. Température 40° ; 40°,4. Souffle, râles, crachats.

Le 2. Température 37°. Nuit calme.

Le 4. Plus de signes physiques.

Dans cette observation d'Henoch, la fièvre a duré deux jours pleins, les signes ne se sont pas prolongés au delà de quatre jours.

Henoch cite ensuite l'opinion de Cadet de Gassicourt, en ajoutant qu'il ne peut s'y rallier, à cause du manque de preuves anatomiques. Nous pourrions lui rétorquer l'argument, mais ce n'en serait pas un.

Les quatre observations que nous venons de résumer, empruntées à Bernheim et Henoch, ne sont pas les seules dans leur genre; tous les observateurs ont été à même de voir de ces affections pulmonaires qui revêtent, au début, tous les symptômes de la pneumonie, dont les signes physiques ne s'en distinguent même pas. Les uns les considèrent comme des pneumonies abortives, qui se sont arrêtées dans leur marche avant d'atteindre le

degré d'hépatisation, les autres, comme des hyperhémies actives localisées. Nous nous rangeons absolument à cette dernière opinion, et nous dirons avec notre maître : ce qui fait la différence entre une pneumonie et une congestion, ce qui prouve bien que cette dernière lésion diffère, comme telle, de la première, c'est sa mobilité, c'est qu'on en peut observer plusieurs qui se suivent, durent deux ou trois jours chacune, se localisant en des points différents des deux poumons ; tandis que la pneumonie, même de courte durée, reste fixe au point où elle est née, ou ne se propage que tout autour de ce point. La congestion s'accompagne d'un appareil fébrile qui se termine en deux ou trois jours, de signes physiques qui disparaissent en aussi peu de temps, tandis que la lésion de la pneumonie se fait entendre encore bien des jours, après la défervescence.

Nous possédons, par exemple, deux observations de pneumonie de courte durée; dans l'une la défervescence à débuté au milieu du quatrième jour, pour se terminer au commencement du cinquième. La pneumonie s'est accompagnée d'un léger épanchement pleurétique. Les signes de l'une et l'autre lésion n'ont disparu que le onzième jour.

Dans une autre observation, où il s'agit également d'une pleuro-pneumonie, marquée par des crachats caractéristiques et tous les autres signes classiques, la défervescence a commencé le soir du troisième jour et s'est terminée le matin du cinquième; dans ce cas là encore la lésion est restée perceptible à l'oreille jusqu'au seizième jour.

Au point de vue de la fièvre, ces deux pneumonies ont été abortives, car, dans toutes les deux, le tracé thermométrique s'est abaissé avant le cinquième jour. Par contre, la lésion à duré onze et seize jours, elle n'a donc pas été moins longue, que dans la plupart des pneumonies infantiles.

Tout autre est la marche de la congestion. Remarquons d'abord que, sur les quatre observations de Bernheim et de Henoch que nous citons plus haut, il en est trois, dans lesquelles la maladie à débuté au cours d'une bronchite; c'est là une circonstance prédisposante aux congestions pulmonaires, mais nullement aux pneumonies lobaires.

Voyons ensuite combien les signes physiques ont été éphémères ; ils ont duré cinq jours dans un cas, quatre jours dans les trois autres cas.

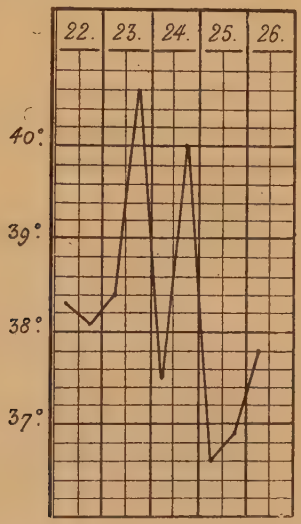
Comparons, enfin, les deux observations de pneumonie que nous venons de relater, avec les suivantes, et nous verrons combien ces dernières sont différentes des premières.

Un enfant de quatorze mois, très rachitique, entre à l'hôpital avec un peu de fièvre (38°,3) et quelques râles de bronchite disséminés, rien de sérieux du reste, qui put motiver son admission dans nos salles.

Un jour et demi se passe sans aucun changement, mais le soir du 23 avril la température, monte brusquement de 38°,4 à 40°,6 ; l'enfant est grognon, abattu et mal entrain. En recherchant la cause de cet état général, nous trouvons à la *base droite* en arrière, et se prolongeant vers l'aisselle, une submatité très nette et une grande obscurité de la respiration.

Le lendemain matin, 24 avril, la température est normale, 37°,5, l'enfant est gai, les signes physiques se sont atténués.

Le soir, nouvelle hausse du thermomètre, qui monte à 40° cette fois, c'est au *sommet droit*, que nous trouvons de la matité, absolue, avec souffle, mais sans râles.



Le 25 avril les premiers signes, constatés à la base droite avaient totalement disparu, la respiration y était parfaitement pure. Au sommet la matité avait diminué, le souffle n'existait plus et avait été remplacé par quelques râles sous-crépitants.

Tout s'était effacé le 26 avril, et le malade était alors emmené par les siens.

Comment les partisans de la pneumonie abortive considéreront-ils ces deux affections successives, marquées chacune par un accès de fièvre de quelques heures et par des signes stéthoscopiques de deux jours à peine ?

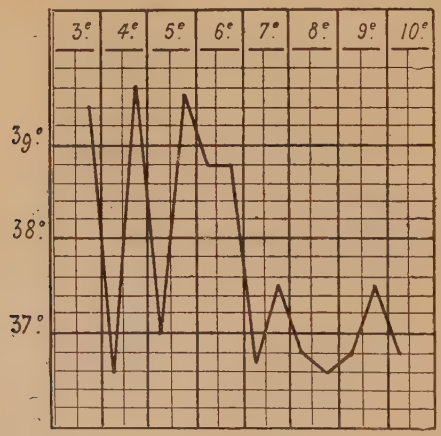
Il nous semble que de pareils faits se passent de commentaires.

En veut-on un autre exemple ?

Un enfant de deux ans et demi, rachitique, qui tousse depuis longtemps, a été pris le 14 octobre, à midi, de fièvre, à laquelle vinrent bientôt s'ajouter du délire, des cris, de l'agitation, du grincement de dents.

On nous l'amène le 16 octobre, au troisième jour. L'enfant est oppressé, il tousse, et nous découvrons un point de côté à gauche. Les signes physiques sont les suivants : Diminution de la sonorité, obscurité de la respiration et souffle doux à la base gauche en arrière. Partout ailleurs, la respiration est pure. La température accuse 39°,4.

Le matin du quatrième jour le thermomètre redescend à 36°,6 ; les signes se sont beaucoup atténués.



Mais le soir la température remonte à 39°,6, et de nouveau, nous trouvons les mêmes signes, un peu plus haut, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Le cinquième jour, au matin, nouvelle atténuation des signes et nouvelle défervescence de la température.

Une troisième fois les choses se passèrent de la même manière, mais la température resta élevée pendant 24 heures,

en sorte que le septième jour elle était redevenue normale ; en même temps, le souffle avait disparu ; il persistait seulement un peu de submatité, qui n'existait plus le lendemain.

Tout était terminé le huitième jour, et l'enfant nous quittait le dixième en parfaite santé.

Les trois poussées congestives ont donc siégé au poumon gauche, la première fois à la base, la deuxième et la troisième fois à la partie moyenne. Ces trois événements se sont déroulés en six jours pour la fièvre, en huit pour la lésion. Il faut avouer que ce ne sont guère là les allures de la pneumonie, et que l'explication qui satisfait le mieux notre esprit, celle qui nous paraît le plus en rapport avec la clinique, c'est celle que nous donne M. Cadet de Gassicourt. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet ; il nous suffit d'avoir rapporté les quelques cas dont nous avons été le témoin.

S'ils ne parviennent pas à porter la conviction dans l'esprit du lecteur, au moins pourront-ils servir de documents à ceux qui seraient tentés de refaire l'histoire de la congestion pulmonaire chez les enfants.

Résumé. — La pneumonie franche de l'enfant se distingue peu de celle de l'adulte.

Elle peut se montrer à tous les âges.

La mortalité y est très peu considérable.

Elle siège au sommet plus souvent que chez l'adulte ; mais nous n'avons pas remarqué qu'elle eût une prédilection pour l'un ou l'autre poumon.

Le refroidissement ne doit pas être rayé du nombre des causes qui peuvent donner lieu à la pneumonie.

Le point de côté et les troubles gastro-intestinaux sont les phénomènes qui marquent le plus souvent le début de la maladie. Le frisson y est beaucoup moins fréquent.

Lorsque le début est insidieux et marqué par des phénomènes typhoïdes ou nerveux, lorsque, d'autre part, ce qui est bien loin d'être rare, la pneumonie est centrale et ne se traduit pas tout de suite par les signes qui lui sont propres, le diagnostic peut être très difficile.

D'autres fois, même en l'absence de signes stéthoscopiques, on peut affirmer l'existence d'une pneumonie. Il faut cependant ne pas être trop affirmatif relativement à son siège; le point de côté, la rougeur de la pommette, les poussées congestives qui précèdent parfois l'apparition des signes stéthoscopiques peuvent induire en erreur.

L'herpès n'est pas un phénomène critique; il apparaît le troisième jour le plus souvent.

Le seul symptôme, qui nous ait paru appartenir plus particulièrement à la pneumonie du sommet, c'est le délire.

L'épanchement pleurétique a été noté six fois sur vingt-une; en général, il s'est résolu en peu de jours, une seule fois il a persisté plus d'un mois. Jamais il n'a présenté de gravité.

La tracé de la température peut présenter de grandes oscillations d'un bout à l'autre de la pneumonie. Ce fait estextrêmement rare.

Lorsque la résolution est traînante, lorsque la pneumonie survient plusieurs fois chez le même sujet au même point du poumon, on aura de sérieuses raisons pour soupçonner le malade d'être tuberculeux; cette

présomption se changera en certitude, s'il vient s'ajouter d'autres manifestations tuberculeuses (otite).

La pneumonie tuberculeuse peut ne présenter aucune différence dans son évolution avec la pneumonie primitive.

La convalescence de la pneumonie peut être marquée par de brusques et courtes élévations vespérales de la température, dont les causes nous ont échappé, et qui sont restées sans aucune influence sur la marche progressive de la résolution.

La congestion pulmonaire peut apparaître au cours ou au déclin de la pneumonie, sous formes de poussées, qui peuvent n'avoir aucun rapport de voisinage avec la lésion inflammatoire.

Lorsque ces poussées congestives se manifesteront avant l'apparition des signes physiques de la pneumonie, le médecin sera presque fatalement entraîné à les prendre pour la pneumonie elle-même. Il pourra ainsi avoir diagnostiqué une pneumonie, alors qu'il ne se sera agi que d'une congestion, et que la lésion véritablement inflammatoire siégera en un point éloigné de celui où les signes auront d'abord été perçus.

Les signes physiques sont identiques dans la pneumonie et la congestion pulmonaire.

Ce qui distingue cliniquement la seconde de la première, ce sont :

1° La brièveté de son cycle fébrile.
2° La mobilité de ses signes physiques.
3° Le peu de durée de sa résolution.

En somme, la rapidité avec laquelle évoluent tous les phénomènes qui en dépendent.

La pneumonie et la congestion pulmonaire peuvent avoir le même mode de début à grand fracas, et comme elles ont aussi les mêmes signes d'auscultation, il ne sera possible de se prononcer, en faveur de l'une ou l'autre de ces affections, qu'après avoir suivi leur évolution pendant 24 ou 48 heures.

CHAPITRE III

BRONCHO-PNEUMONIE

Il nous a paru intéressant de réunir dans un seul chapitre la description des particularités cliniques de la pneumonie lobulaire, et de chercher si la maladie emprunte, dans son évolution, quelques traits particuliers aux causes qui l'ont fait naître. Autrement dit, nous verrons chemin faisant si, au lit du malade, on peut noter certaines différences dans la forme et la marche de la broncho-pneumonie, suivant qu'elle est primitive ou qu'elle succède soit à une rougeole, soit à une coqueluche, soit à une autre affection qui lui a donné naissance. Nous nous renfermerons donc dans le domaine purement clinique, sans nous arrêter longtemps aux formes anatomiques de la maladie, dont la description a fait l'objet de tant de remarquables travaux dans ces dernières années.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de la tâche que nous avons entreprise. La broncho-pneumonie en effet, a une marche essentiellement variable, presque toujours différente d'elle-même ; tandis que la pneumonie franche est une dans son évolution, la pneumonie lobulaire est multiple : depuis celle qui débute avec

fracas, avec de très hautes températures, des signes physiques évidents, jusqu'à celle qui s'établit insidieusement, sans qu'on puisse en préciser le début, qui s'accompagne de fièvre modérée, dont les signes physiques sont nuls ou peu accusés et qui peut même être une trouvaille d'autopsie.

Nous avons eu l'occasion d'observer plus de cent broncho-pneumonies, et pour atteindre le but que nous nous sommes proposé, nous les avons classées d'après l'affection primitive au cours ou à la suite de laquelle elles sont apparues.

§ 1. — *Broncho-pneumonie primitive.*

La première question que nous avons à nous poser est relative à l'existence même de la broncho-pneumonie primitive ; actuellement encore, elle est admise par certains auteurs, contestée par d'autres.

Rilliet et Barthez ont vu trop souvent le froid déterminer la broncho-pneumonie chez des enfants bien portants, pour ne pas insister sur sa réalité ; ces auteurs ajoutent qu'au-dessous de cinq ans elle est surtout primitive, et revêt alors presque toujours les formes suffocantes, aiguës ou suraiguës. Pour eux, la dentition ne serait pas sans jouer un certain rôle dans l'étiologie de la maladie, mais c'est surtout au rachitisme qu'est due la fréquence de la pneumonie lobulaire primitive, chez les jeunes enfants ; celui-ci agit par la débilitation qu'il fait subir à l'organisme, par la diarrhée chronique et par ses déformations

thoraciques. La scrofule et la convalescence des maladies graves ont une influence analogue.

Roger considère un tiers des cas de broncho-pneumonie, rassemblés par lui, comme étant protopathiques. Cadet de Gassicourt regarde l'existence de la pneumonie lobulaire primitive comme indiscutable, avec la réserve que toujours elle survient au cours d'une bronchite. Mais dans ce cas, la bronchite fait partie du cycle morbide, elle en est le début, et non la cause. Ce maître nous citait encore, tout récemment, un cas de broncho-pneumonie observée par lui en ville, où il a pu saisir le début de la maladie et où celle-ci a bien réellement été primitive. Du reste, en Allemagne, Henoch partage l'opinion des auteurs français ; pour lui le froid, l'action de la bise du Nord et de l'Est, l'atmosphère hospitalière jouent un grand rôle dans l'étiologie de la pneumonie lobulaire.

Parmi les auteurs qui considèrent la broncho-pneumonie comme toujours secondaire, il faut ranger Damaschino (1) et D'Espine et Picot. Pour eux elle peut succéder à une bronchite simple sans pour cela cesser d'être secondaire ; mais nous le répétons, il nous paraît qu'alors la bronchite est la première atteinte de la maladie, l'inflammation va des bronches à l'alvéole, la broncho-pneumonie n'est pas un résultat, ni une complication de la phlegmasie bronchique, elle en est une période plus avancée.

Nous pensons donc, avec les auteurs cités plus haut, qu'on ne peut refuser la qualité de primitive à une pneu-

(1) Th., 1876.

monie lobulaire qui survient au cours d'une bronchite, lorsque celle-ci ne reconnaît pour cause ni une rougeole, ni une coqueluche, ni un croup, ni aucune autre affection à détermination bronchique.

Ce premier point une fois bien établi, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que de telles broncho-pneumonies existent, qu'elles sont même assez fréquentes, chez les jeunes enfants surtout.

Nous en avons, pour notre part, observé huit ; ce chiffre eût été beaucoup plus considérable, si nous eussions pu faire entrer en ligne de compte les enfants âgés de moins de deux ans, que nous avons soignés à la consultation. Mais ceux-ci ne sont que très exceptionnellement admis dans nos salles.

Les huit malades dont nous avons les observations sous les yeux avaient de quinze mois à trois ans ; six sont morts, deux ont guéri. Comme cause prédisposante de la broncho-pneumonie, nous trouvons : le rachitisme noté quatre fois, l'athrepsie deux fois, une brocho-pneumonie antérieure une fois. Dans deux cas nous ne savons à quelle cause faire remonter la maladie, la période bronchitique ayant elle-même passé inaperçue.

Trois fois nous avons noté un début brusque, très net, marqué dans deux cas par des vomissements, dans le troisième parde la fièvre et de l'abattement ; cinq fois le début a été insidieux, traînant, avec phénomènes de bronchite ou de catarrhe gastro-intestinal.

Relativement à la forme qu'a revêtue la maladie, nous pouvons faire la curieuse remarque, que dans sept cas, les noyaux d'hépatisation étaient confluents en un ou plu-

sieurs points des poumons, de telle sorte que nous pouvions localiser la lésion par l'auscultation et la percussion.

La durée de la broncho-pneumonie, dans les six cas qui se sont terminés par la mort, a été cinq fois de dix à vingt-six jours, une fois la marche a été subaiguë et s'est prolongée au delà de six semaines. Enfin, dans les deux cas guéris, la maladie a duré une fois vingt jours, et l'autre un temps qu'il ne nous pas été possible de déterminer.

Quant à la marche de la température, rien de plus capricieux, ni de plus irrégulier. Tantôt la fièvre est vive, le thermomètre fait de grandes et brusques ascensions, puis retombe à la normale, pour s'élever de nouveau; tantôt il reste d'une façon permanente à de grandes hauteurs; tantôt enfin il ne s'élève que peu au-dessus de la normale, le soir seulement, sans que pour cela la maladie soit moins grave. Nous dirons même que, d'une façon absolue, la gravité de la broncho-pneumonie n'est pas en rapport avec la hauteur thermométrique, et nous pourrions citer à l'appui de notre dire telle observation, où le malade a guéri, malgré des températures élevées au-dessus de 41°, et telle autre, où la maladie s'est terminée fatalement, alors que la fièvre avait été modérée au point de ne pas dépasser 39°.

1° Un enfant de deux ans, rachitique à un degré peu accusé, et dont la mère est morte phtisique, nous est amené le 11 juillet. Sa santé antérieure n'avait donné aucun souci à ses parents, il avait constamment été bien portant.

La maladie actuelle remonte à huit jours. Il a été pris brus-

quement de vomissements, puis de constipation et de fièvre. Un purgatif, administré avant son entrée, a provoqué des garde-robes nombreuses.

Lorsque nous voyons le petit malade, pour la première fois, nous le trouvons très abattu, dyspnéique, respirant 60 fois par minute, avec une température de 39°,7 ; le visage a une teinte cireuse. Dès le lendemain matin, neuvième jour, le thermomètre montait à 41°,3, puis à 41°,5.

Toute la moitié gauche de la poitrine, en arrière, est mate, cette matité s'étend sous l'aisselle et jusque sous la clavicule gauche. En ce dernier point on perçoit un souffle très net. Les deux poumons font entendre des râles fins, dans toute leur étendue ; un peu moins fins et moins abondants à droite qu'à gauche.

Le diagnostic suivant put donc être posé : Bronchite capillaire généralisée, congestion étendue du poumon gauche, foyer de broncho-pneumonie sous la clavicule gauche. L'état était fort grave.

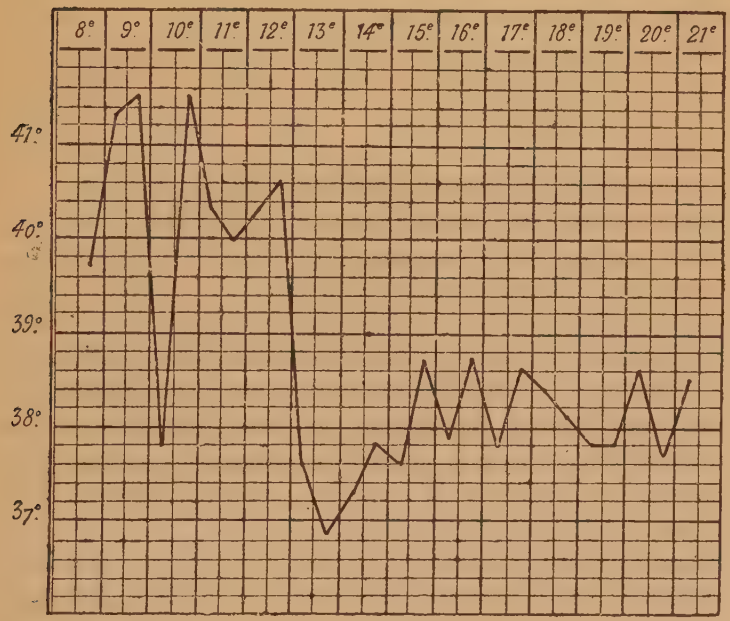
Le lendemain le thermomètre était tombé à 37°,8, faisant une chute brusque de trois degrès sept dixièmes, à la façon d'une défervescence de pneumonie franche, l'enfant était plus calme, mais les signes physiques restaient absolument stationnaires, nous faisant prévoir que la situation était loin d'être jugée ; et en effet, dès le soir de ce même dixième jour, la température remontait à son point de départ, 41°,5.

Le onzième jour le noyau d'hépatisation subsistait toujours à gauche en avant, mais les symptômes de congestion s'atténuaient, ainsi que ceux de la bronchite capillaire.

La sonorité était incomplète à gauche, complète à droite, les râles abondants et fins à gauche, dissiminés et peu nombreux à droite, la température se maintenait au-dessus de 40°.

L'état resta semblable jusqu'au matin du treizième jour, époque à laquelle la température s'abaissa de nouveau brusquement, mais cette fois pour ne plus se relever. A partir de ce jour la résolution se fit. Les râles de bronchite allèrent en s'atténuant de plus en plus. La matité absolue, sous la clavicule

gauche, fit place à de la submatité ; le souffle disparut complètement, et lorsque le malade quitta le service, le vingt-troisième jour, on n'entendait plus que quelques râles sibilants et ronflants disséminés, derniers vestiges de la bronchite qui persistait encore dans les grosses bronches.



Voilà donc un cas de broncho-pneumonie bien localisée, accompagnée de phénomènes bronchiques et congestifs intenses, dont le début a été brusque, dans laquelle le thermomètre a atteint de grandes hauteurs et qui s'est terminée par la guérison, en quatre semaines, la période d'état n'ayant pas dépassé treize jours.

Mais le plus souvent, même dans la broncho-pneumonie

simple, la mort survient, par asphyxie croissante et, naturellement, si une maladie intercurrente vient se greffer sur la pneumonie lobulaire, la terminaison fatale est encore plus à craindre.

Voici, par exemple, un enfant de seize mois, dont les parents son très bien portants, qui a un frère également en parfaite santé. Lui-même n'a jamais été malade d'une façon sérieuse ; quoique élevé au sein, il est rachitique et sujet à la diarrhée. Il tousse depuis quelques temps ; le médecin le soignait pour une bronchite.

Lorsque nous le voyons pour la première fois, nous constatons un foyer de broncho-pneumonie, à la base droite, en arrière, marqué par de la submatité, de l'obscurité respiratoire et des râles. La température est voisine de 39° matin et soir.

L'état resta stationnaire du 16 janvier au 8 février, avec quelques alternatives de haut et de bas. L'enfant se nourrissait et reprenait un peu d'embonpoint, ce qui nous faisait bien augurer de la terminaison, lorsqu'il prit la rougeole ; les signes stéthoscopiques allèrent en augmentant, la bronchopneumonie morbilleuse s'ajouta à celle qui existait auparavant, et l'enfant mourut asphyxiée le 13 février.

L'*autopsie* nous révéla des noyaux de broncho-pneumonie rassemblés à la base du poumon droit, de petits foyers disséminés, en grand nombre, dans le reste des poumons et nulle trace de tubercules, visibles à l'œil nu. Les ganglions bronchiques n'étaient pas caséeux.

Nous avons donc eu affaire à une pneumonie lobulaire primitive, chez un enfant rachitique, dont le thorax était très déformé. La maladie eût peut-être guéri, elle se fût en tout cas prolongé plus longtemps, si une rougeole n'avait emporté le malade avec une grande rapidité.

Un autre de nos malades, âgé de quinze mois, qui a eu la rougeole à neuf mois, mais s'en est parfaitement remis, est tombé malade le 10 janvier au soir ; le début a été marqué par une fièvre intense, de la toux, de la dyspnée et de la somnolence.

Il entre à l'hôpital cinq jours après, et nous trouvons au sommet droit, de tous côtés, de la matité et du souffle ; la température est peu élevée, à 39°. Il n'y a pas d'herpès.

Les jours qui suivent les signes s'atténuent, on entend quelques râles fins, dans les grandes inspirations.

Le 21 février, onzième jour, on entend des râles dans tout le poumon droit, en avant et en arrière. L'enfant est très agité, il pousse des cris constants. Il existe un léger degré de tétanie des extrémités supérieures. La dyspnée est grande, la face est pâle.

Le 22, les râles se généralisent, et l'enfant s'affaisse, il succombe le 23, dans un demi-coma, avec de la raideur de la nuque, des contractures des extrémités. Les signes pulmonaires sont restés les mêmes jusqu'à la fin, avec une prédominance marquée au sommet droit, le point primitivement atteint.

L'*autopsie* a pleinement confirmé notre diagnostic de bronchite capillaire, avec foyer de broncho-pneumonie très étendu du lobe supérieur droit. Elle est restée muette sur toute cause ayant pu donner lieu à ces lésions.

Nous pensons qu'il est superflu d'en multiplier les exemples ; ceux que nous venons de citer prouvent surabondamment qu'il existe une broncho-pneumonie idiopathique, précédée ou non de signes de bronchite, celle-ci pouvant au début passer inaperçue, et ne se revéler que lorsqu'elle a atteint les bronches de petit calibre, et que la phlegmasie est sur le point d'envahir les alvéoles, si elle ne l'a fait déjà.

D'après nos observations au nombre de huit, cette

affection se rencontre chez les tout jeunes enfants, rachitiques ou débilités par une mauvaise hygiène.

Elle débute en général avec une plus ou moins grande brusquerie, au cours d'une bronchite confirmée ou, pour ainsi dire, latente.

Dans la plupart des cas, les foyers d'hépatisation se localisent, se confondent, pour n'en former qu'un seul, et, au point de vue clinique, ils s'accompagnent de congestions très étendues, de bronchite capillaire généralisée, qui, selon la remarque de Barthez et Rilliet, font revêtir à la maladie la forme suffocante aiguë ou suraiguë.

La marche de la température n'affecte aucun type particulier, au contraire, elle est des plus irrégulières et des plus variables, sans qu'on puisse tirer aucune indication pronostique de son plus ou moins d'élévation.

Enfin, les phénomènes généraux sont ceux de la suffocation et de l'asphyxie, avec cris, agitation, insomnie, convulsions.

Tel est le tableau de la broncho-pneumonie primitive. Voyons maintenant s'il se rapproche ou se différencie de celui que nous offre la maladie secondaire aux affections qui lui donnent le plus souvent naissance.

§ 2. — *Broncho-pneumonie dans la Rougeole.*

Nous avons eu l'occasion d'observer quarante rougeoles, dans le cours de l'année 1885, à l'hôpital Trousseau ; ne tenant naturellement compte que de celles qui ont séjourné dans nos salles.

Le local affecté au traitement de la rougeole et de la scarlatine, dans le service de notre maître, M. Cadet de Gassicourt, se compose de deux petites chambres, en communication perpétuelle avec la salle des malades ordinaires. Il y a seulement quatre lits réservés à la rougeole, et sept lits à la scarlatine. Lorsque l'une ou l'autre de ces fièvres se montre d'une façon prépondérante, on évacue l'une de ces deux petites salles, et on consacre les onze lits à la maladie prédominante. C'est ce qui est arrivé l'année dernière pour la scarlatine. A deux reprises, nous nous sommes vus obligés d'abandonner aux scarlatineux les onze lits que nous avions à notre disposition et voilà pourquoi nous n'avons pu recueillir que quarante observations de rougeole, chiffre relativement peu élevé.

Quoi qu'il en soit, ce nombre nous permettra néanmoins d'en tirer quelques conclusions intéressantes ; ainsi, sur quarante malades atteints de rougeole, vingt ont présenté des complications pulmonaires, et de ces vingt, onze ont succombé à la broncho-pneumonie. On voit donc que les auteurs n'ont en rien exagéré ni la fréquence, ni la gravité de cette complication.

On rencontre très souvent une grande difficulté à préciser la date exacte du *début* de la broncho-pneumonie. Les auteurs disent qu'elle survient ordinairement au cours ou au déclin de l'éruption, qu'elle est séparée de la rougeole par un intervalle de calme, qu'elle est marquée par une recrudescence de la fièvre, par de la dyspnée, une accélération de la respiration et du pouls et par l'apparition des signes physiques. Il s'en faut que les choses se passent toujours ainsi, et la plupart du temps

ce n'est que petit à petit que les symptômes de bronchite capillaire succèdent à ceux de la bronchite simple, et ceux de la pneumonie lobulaire à ceux de la bronchite des petites bronches. Il est extrêmement difficile de dire où s'arrête l'une et commence l'autre, et en outre, les *signes physiques* sont rarement rassemblés en foyer, de façon à permettre la constatation d'un noyau de congestion ou d'hépatisation. Ainsi, sur nos vingt broncho-pneumonies morbilleuses, neuf fois seulement, nous avons perçu avec le doigt et l'oreille de la matité, des râles, du souffle, localisés en un ou plusieurs points de la poitrine.

Voilà donc deux particularités qui la distinguent de la pneumonie lobulaire primitive ; nous avons vu, en effet, que dans celle-ci le début était souvent brusque et bien marqué, et les signes presque toujours en foyer.

L'âge de nos malades a été en moyenne de deux ans, le plus jeune ayant à peine atteint quinze mois, le plus âgé quatre ans. Quant aux rougeoles qui se sont montrées dépourvues de complications pulmonaires, c'est en général chez des enfants de plus de quatre ans, que nous les avons observées.

L'époque du début de la complication a été assez variable, sans que nous ayons pu remarquer de relation entre sa précocité et sa gravité. Ainsi, dans les onze cas qui se sont terminés par la mort, la broncho-pneumonie a débuté huit fois du quatrième au septième jour, et deux fois elle a tardé jusqu'au douzième et au dix-neuvième jour ; dans les neuf cas suivis de guérison les premiers phénomènes pneumoniques sont apparus quatre fois les quatrième ou cinquième jours, et cinq fois les hui-

tième, dixième et seizième jours. On voit donc, qu'il n'est pas rare, que la broncho-pneumonie se montre en même temps que l'éruption, qu'elle la précède même parfois.

Les *signes physiques* sont donc le plus souvent réduits à leur minimum, c'est alors sur les phénomènes généraux, la fièvre, la dyspnée allant jusqu'à l'asphyxie, l'abattement, que se fonde le diagnostic. Cette absence de localisation, dans les symptômes pulmonaires, peut se prolonger plus ou moins longtemps, durer même jusqu'à la fin la de maladie, dût celle-ci traîner pendant plusieurs semaines. C'est ce que nous avons observé à mainte reprise.

Un petit garçon de quatre ans est entré à l'hôpital en pleine éruption morbilleuse. Il toussait énormément. La température n'atteignit la normale qu'une seule fois, le sixième jour, puis elle se releva et continua d'osciller autour de 39°.

Du côté de la poitrine, on n'entendait que quelques râles sibilants et ronflants, nulle trace de matité, ni de souffle. Les jours qui suivirent les râles devinrent humides, sous-crépitants moyens, mais ne se localisèrent nulle part. En même temps, le malade avait une otite double, qui donnait lieu à un abondant écoulement purulent, et une laryngite qui le rendait aphone.

Les jours et les semaines suivants, n'amenèrent pas grand changement dans l'état du malade. La laryngite et l'otite s'atténuèrent, mais les phénomènes pulmonaires persistèrent ; l'enfant maigrissait, le thermomètre restait à 39° environ, et l'on entendait toujours des râles humides, généralisés, mais en petit nombre et dans les grandes inspirations seulement. Tout faisait prévoir un dénouement funeste, mais à longue échéance ; nous pensions que la tuberculose s'installait petit à petit.

L'enfant prit le croup, et mourut le 24 novembre, le trente-quatrième jour après le début de la rougeole.

A l'autopsie, nous trouvâmes une broncho-pneumonie très étendue des deux poumons, le tissu pulmonaire était dur, splénisé, avec de larges plaques d'emphysème.

Ces lésions, déjà anciennes, ne laissaient pas apercevoir les moindres traces de tuberculose ; les ganglions péri-bronchiques n'étaient nullement altérés, à l'œil nu.

On voit par cette observation, à quel point les lésions très étendues des poumons peuvent donner peu de signes physiques, et comment une broncho-pneumonie morbilleuse peut affecter des allures torpides et traînantes, simulant la tuberculose, sans que celle-ci doive être incriminée.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le plus souvent la complication pulmonaire de la rougeole affecte une marche bien plus rapide. Nous avons vu neuf fois les malades mourir avant le douzième jour de la broncho-pneumonie.

Voici par exemple un enfant de deux ans et demi, dont l'éruption est apparue le 22 décembre au soir, à ce moment, le thermomètre marquait 38°,6.

Dès le lendemain matin il s'élevait à 40°,3, et au lieu de râles secs, disséminés, qui se faisaient entendre les premiers jours de la maladie, nous constations alors au sommet gauche, en arrière, une notable diminution de la sonorité et une grande obscurité de la respiration. Ces signes s'atténuèrent aussi vite qu'ils étaient venus.

Les jours suivants, nous n'entendions plus que quelques râles disséminés, mais la température restait élevée, autour de 40° et de 41°, l'enfant était agité, dyspnéique, l'état était très grave.

Le huitième jour de la rougeole, la lésion se révéla à notre oreille par de la matité et du souffle, au niveau du mamelon droit, et l'enfant succomba le onzième jour.

L'autopsie nous montra des lésions très étendues, qui étaient restées silencieuses pendant trois jours.

La rougeole avait duré onze jours, la broncho-pneumonie sept jours à peine, elle avait debuté, en apparence par une poussée congestive au sommet gauche, accident purement éphémère, ayant siégé au côté opposé à celui où la véritable lésion s'est révélée plus tard.

Le même fait se retrouve dans l'observation suivante, dont la netteté ne laisse rien à désirer à cet égard-là.

Un petit garçon de deux ans est pris de rougeole, dont l'éruption évolue normalement, et se termine le sixième jour, 25 octobre, la température tombant à 38° au même moment.

Mais le soir de ce même jour, le thermomètre montait à 39°,5, et continuait dès lors une ascension en échelons jusqu'à 40°,5, point qu'il atteignait le soir du neuvième jour, trois jours et demi après la disparition de l'exanthème.

Pendant tout ce temps, le malade présentait tous les symptômes généraux d'une affection pulmonaire : toux fréquente, dyspnée, etc. ; mais rien à l'auscultation. C'est seulement le 31 octobre, cinq jours et demi après la disparition de l'éruption, et cinq jours après le début de la complication pulmonaire, que nous avons trouvé un souffle, avec submatité, au niveau du mamelon gauche.

Dès le lendemain, 1er novembre, souffle et matité avaient disparu, mais nous entendions à la base, en arrière et du même côté, des râles assez fins, qui devinrent plus fins encore et plus nombreux le jour suivant. Les symptômes généraux persistaient toujours. Pendant la journée l'enfant était très oppressé,

très dyspnéique, avec une grande agitation, de l'insomnie et des cris.

Le matin du 3 novembre, quinzième jour de la rougeole, dixième de la broncho-pneumonie, il survint quelques convulsions, limitées à la face, et l'enfant mourut presque brusquement.

L'autopsie nous révéla une broncho-pneumonie très étendue des deux poumons, un mélange d'hépatisation, de splénisation et d'emphysème, puis un infarctus au sommet gauche, et un autre à la base.

Comme dans l'observation précédente, les signes physiques de la pneumonie lobulaire qui se sont montrés localisés le huitième jour seulement, avaient été précédés, le septième, par ceux d'une congestion, assez éloignée du point ou siégeait la lésion principale. La broncho-pneumonie avait duré neuf jours pleins.

Les mêmes phénomènes se retrouvent, cela va sans dire, dans les cas où la broncho-pneumonie aboutit à la guérison. Nous avons dit plus haut, que nous avions observé neuf fois une terminaison heureuse, malgré des phénomènes pulmonaires, qui parfois ont revêtu une physionomie très grave. Dans ces neuf cas, la broncho-pneumonie à duré six fois de douze à dix-huit jours environ, deux fois elle s'est prolongée jusqu'à quatre et six semaines, et une fois le malade a été emmené par ses parents avant sa complète guérison.

Nous tenons à rapporter brièvement une observation, où la complication pulmonaire à eu un caractère de gravité assez grande, pour nous faire craindre une issue funeste, et où, malgré celà, l'enfant a guéri dans l'espace d'une quinzaine de jours.

Il s'agit d'un enfant de trois ans, chez lequel l'éruption est apparue le 26 mars, la température s'éleva d'abord du 27 au 29 mars, de 39°,7 à 41°,1 ; à ce moment, malgré la fièvre, malgré une grande agitation, une dyspnée non moins considérable, nous n'entendions absolument aucun signe anormal dans la poitrine.

Cet état se prolongea jusqu'au 3 novembre, onzième jour, sans aucun changement dans les symptômes généraux, toujours très sérieux ; le thermomètre faisait de grandes oscillations, entre 39° et 41°.

Le 3 novembre nous constatâmes une légère submatité et une respiration un peu soufflante, à la base gauche en arrière. Ces signes persistèrent en s'accentuant les deux jours suivants :

Le 6 novembre, le souffle avait disparu, on entendait des râles dans toute la poitrine ; la température oscillait toujours entre 40° et 41°.

Le 7 novembre, quatorzième jour, le thermomètre tomba à 38°,5 ; à ce moment, il y avait encore un peu de souffle à la base gauche, les râles avaient beaucoup diminué de nombre et d'intensité.

Puis, petit à petit, l'amélioration s'effectua, non sans plusieurs alternatives, sans plusieurs retours offensifs, constamment localisés au même point du poumon, et accompagnés de grandes oscillations thermométriques.

Les phénomènes généraux s'atténuèrent de la même façon, l'apyréxie fut définitive à partir du vingt et unième jour, et l'enfant put nous quitter, trente-quatre jours après le début de la rougeole.

En résumé, nos observations semblent démontrer, que dans la clientèle hospitalière, la moitié des enfants atteints de rougeole présentent des broncho-pneumonies, et que plus de la moitié de ces derniers succombent à cette complication.

La broncho-pneumonie morbilleuse apparaît le plus souvent au cours de l'exanthème ou lui succède immédiatement; son début se confond ordinairement avec les symptômes de bronchite capillaire, de telle sorte, qu'il est impossible de dire à quel moment les alvéoles sont atteints.

La détermination exacte du début de la pneumonie lobulaire est d'autant plus difficile, que la forme de l'affection est presque toujours disséminée, de sorte que les signes physiques, ou bien font défaut d'un bout à l'autre de la complication, ou bien se montrent très tardivement.

Au point de vue clinique, ce sont les formes aiguës suffocantes qui sont de beaucoup les plus fréquentes, les formes chroniques ou subaiguës ne se montrent qu'à titre exceptionnel.

Comme dans toute broncho-pneumonie, les signes physiques, lorsqu'ils existent, sont essentiellement mobiles, variables, l'élément congestif y jouant un rôle prépondérant.

§ 3. — *Broncho-pneumonie dans la Coqueluche.*

Il nous est malheureusement impossible de fournir un chiffre, indiquant la fréquence de la broncho-pneumonie au cours de la coqueluche. Les petits coquelucheux qui se présentent à la consultation ne sont en effet admis à l'hôpital, que lorsque la maladie est compliquée ou très intense. Dans la plupart des cas, ils reviennent plus ou moins irrégulièrement à la consultation, et nous ne pou-

vons les suivre que d'une manière très incomplète.

Nous avons recueilli neuf observations de coqueluche ; de ce nombre, cinq ont été compliquées de pneumonie lobulaire et nous ont donné trois décès. Ces chiffres sont donc beaucoup trop restreints, pour que nous en puissions tirer aucune conclusion.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la broncho-pneumonie coqueluchiale revêt ordinairement une forme subaiguë, mais que cependant il n'est pas très rare de la voir évoluer d'une façon aiguë, suffocante même, ainsi que Roger, Rilliet et Barthez en ont eu de nombreux exemple.

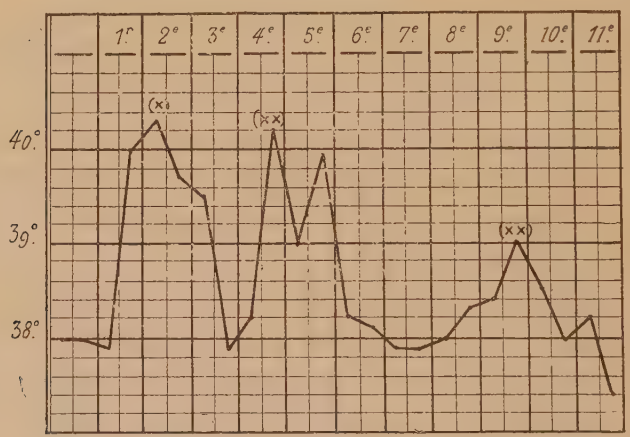
Le début, le plus souvent, est traînant, insidieux, marqué par de la fièvre, un changement de caractère de l'enfant, qui devient triste et abattu, des signes locaux de bronchite, auxquels succèdent peu à peu ceux de l'inflammation des alvéoles. Tous ces phénomènes se suivent dans un espace de temps plus ou moins long. Mais la broncho-pneumonie s'établit quelquefois brusquement, sans qu'on puisse invoquer aucune cause occasionnelle à son développement.

Nous avons eu l'occasion d'observer un début brusque chez un petit garçon de trois ans, en traitement dans notre service de teigneux depuis très longtemps. Il avait une coqueluche de moyenne intensité, dans laquelle les badigeonnages de chlorhydrate de cocaïne étaient restés sans succès apparent.

Le nombre des quintes oscillait de quinze à vingt dans les 24 heures, l'élément bronchique était réduit à un minimum et ne se révélait que par quelques sibilances, le thermomètre ne s'écartait pas de la normale.

Voici comment, en pleine période d'état de la coqueluche, la broncho-pneumonie fit son apparition. Le soir du 1er avril, la température s'éleva brusquement à 40° et le pouls à 160 pulsations. En cherchant attentivement, du côté de la poitrine, la cause de cette fièvre, nous ne trouvons que de la respiration un peu soufflante, sans matité, dans la fosse sous-épineuse droite.

Le lendemain, 2 avril, la température était encore montée à 40°,3, l'enfant était oppressé ; mais le léger souffle de la veille avait fait place à de la rudesse respiratoire, qui elle, même ne tarda pas à disparaître, en même temps que le thermomètre retombait à la normale, après être resté élevé deux jours entiers. Tout semblait donc rentré dans l'ordre, au point de vue de la complication pulmonaire, si ce n'est que l'enfant restait un peu abattu.



(×) Souffle au sommet droit. (××) Submatité & souffle à la base gauche.

Le 4 avril, au soir nouvelle ascension thermométrique semblable à la première, et cette fois, c'est dans un point diamétralement opposé, à la base gauche, qu'on perçoit de la matité et du souffle. Ces signes disparurent aussi vite que ceux qui

étaient apparus quelques jours auparavant, la fièvre ne dura pas davantage.

Pendant tout ce temps, les quintes de toux, bien loin de diminuer de fréquence ou d'intensité, semblaient au contraire aller en augmentant ; on en notait 20 ou 22 par jour.

La base du poumon gauche devint, à partir du 4 avril, le siège de lésions fixes, se traduisant par de la submatité et du souffle que l'on entendait plus nettement, chaque fois qu'il se joignait à l'élément inflammatoire des poussées congestives. Celles-ci s'accompagnaient en outre d'élévations du thermomètre. Mais il restait, même dans l'intervalle de ces congestions, un foyer de broncho-pneumonie, très peu important du reste, très localisé, à évolution très lente, et qui se fit entendre, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, jusqu'au 26 mai, cinquante-six jours après le début de la complication.

Pendant tout ce temps, à partir du 6 avril jusqu'à la fin, la température resta normale, sauf aux époques où il se faisait une poussée congestive, et où elle s'élevait d'un degré environ, comme on en peut voir un exemple dans le tracé ci-dessus.

Voilà donc une broncho-pneumonie qui a débuté avec fracas, par deux congestions successives, au milieu d'une coqueluche dont la marche n'en a nullement été modifiée. La lésion pulmonaire s'est bornée à un minimum d'intensité, localisée en un même point des poumons, sans même occasionner de fièvre, lorsque la congestion ne s'y mêlait pas. L'enfant a fini par guérir; le 13 juin, il n'avait plus que huit quintes par 24 heures; la pneumonie, nous l'avons dit, avait disparu dès le 26 mai.

Nous avons une autre observation, absolument semblable à la précédente, à cela près, que la broncho-pneumonie s'est installée insidieusement, au lieu de débuter avec brusquerie.

Chez cet enfant de deux ans et demi, la lésion a siégé à la partie moyenne du poumon droit, se traduisant par de la matité et du souffle, qu'on entendait tantôt dans l'aisselle, tantôt sous l'omoplate, tantôt en avant, vers le mamelon.

Les signes physiques allaient et venaient, augmentaient un jour, s'atténuaient le lendemain, sans jamais disparaître.

La température est restée normale, excepté lorsqu'il se faisait une poussée congestive péripneumonique, et qu'alors le thermomètre s'élevait un peu au-dessus de la normale, à 39°.

La coqueluche chez cet enfant était peu intense, il avait six à huit quintes en 24 heures ; celles-ci ne se modifièrent du reste pas pendant la durée de la complication, qui se prolongea quarante jours environ et aboutit à la guérison.

Ainsi : fixité de sa lésion, lenteur de son évolution, absence de réaction générale, apyrexie, entrecoupée seulement par quelques congestions qui élèvent peu la température, allure torpide dans sa marche, lenteur dans sa résolution, tels sont les caractères de la forme bénigne de la broncho-pneumonie coqueluchiale dont nous venons de rapporter deux exemples.

Quant aux *formes graves* de la broncho-pneumonie, elles peuvent être rapides ou lentes, tuer le malade en peu de jours, ou le laisser mourir lentement, après une longue période de cachexie et d'amaigrissement. Ce dernier mode d'évolution de la maladie est certainement le plus fréquent, mais le premier n'est pas rare non plus. Rilliet en a observé un grand nombre à Genève, dans les épidémies de 1847, 1850 et 1851, et nous-mêmes, pourrions citer le cas d'un enfant de moins de deux ans, que nous avons eu l'occasion de soigner, et chez lequel une

broncho-pneumonie apparut dès le début d'une coqueluche bénigne en apparence. La lésion pulmonaire se localisa à la base du poumon gauche le second, jour et évolua ensuite avec une extrême rapidité, de telle sorte que le petit malade fut emporté en moins de dix jours.

Tel est également le cas d'un garçon de deux ans, entré dans le service de M. Cadet de Gassicourt, le 3 avril. Les parents donnèrent fort peu de renseignements sur l'état de santé antérieur de leur enfant. Tout ce que nous pûmes tirer d'eux, fut qu'il venait d'avoir la coqueluche, et que la fièvre l'avait pris quatre jours avant son entrée dans nos salles.

A ce moment l'enfant était très dyspnéique, oppressé et abattu, la température était au-dessus de 40°. Le jour même de son entrée, il fut pris de convulsions des membres supérieurs et de la face, qui se continuèrent pendant toute la nuit suivante. La lésion pulmonaire était très marquée, à droite au sommet, en avant, en arrière et sous l'aisselle, se traduisant par de la matité, du souffle et des râles.

Les phénomènes généraux persistèrent sans changement les jours suivants, le thermomètre oscillait entre 39° et 40°,8, la respiration était fréquente, 44 à 72 inspirations par minute. En un mot, le tableau clinique était complet.

Il en était de même des signes physiques qui persistaient sans modification, au sommet droit, et se montraient également à gauche, le septième jour.

L'enfant succomba, le matin du neuvième jour, à l'asphyxie croissante, avec des convulsions généralisées, une dypsnée extrême, faisant monter le chiffre des respirations à 80 par minute, une température très élevée et un pouls presque incomptable à 176.

C'est un type de broncho-pneumonie à forme aiguë suffocante, telle qu'on la rencontre dans la rougeole.

Mais nous le répétons, elle est rare dans la coqueluche, au dire de tous les auteurs.

La forme lente est donc la plus fréquente; et comme le fait très justement remarquer M. Damaschino dans sa thèse (1867), la broncho-pneumonie dans la coqueluche se localise de préférence dans un poumon ou dans un lobe.

Nous avons sous les yeux une fort belle observation de broncho-pneumonie pseudo-lobaire que nous désirons rapporter ici :

Le petit A... âgé de dix-sept mois, a eu la rougeole trois mois avant son entrée à l'hôpital. La coqueluche est survenue après elle, à un court intervalle.

Lorsque nous avons vu le malade pour la première fois, le 20 septembre, il était très agité et dyspnéique. La température était à 39°,7. On découvrait sans peine dans l'aisselle et sous la clavicule, à droite, de la matité et un souffle mélangé de râles. Le reste de la poitrine ne contenait rien d'anormal.

Dès le lendemain, 21 septembre, la température était retombée à la normale, mais l'enfant avait été agité la nuit précédente, il restait grognon, criant au moindre attouchement, toute la lésion était localisée en avant, à droite, et se traduisait, comme nous l'avons dit, par de la matité et un souffle intense. La toux, très fréquente, était catarrhale, sans mélange d'élément spasmodique.

Dans les jours qui suivirent les phénomènes généraux s'atténuèrent, la fièvre, qui s'était rallumée, diminua au point de disparaître le 27 septembre, l'agitation, les cris, la dyspnée firent place à un calme relatif. Du côté des poumons, au contraire, la lésion s'étendit de telle sorte, que le souffle et la matité s'entendaient dans tout le sommet droit, en avant, en arrière et sous l'aisselle.

Mais, à partir du 28 septembre, les symptômes parurent s'amender ; la lésion sembla se résoudre petit à petit, en commençant par les points qui avaient été envahis les derniers.

Le 7 octobre, en effet, nous notions que les signes physiques avaient disparu en arrière, que la matité diminuait en avant et que le souffle y était moins rude. Celui-ci ne s'entendait plus le 9 octobre.

Le 19, il n'existait qu'un peu de submatité sous la clavicule. L'enfant avait recouvré sa gaieté, l'appétit était revenu. Il nous quitta le 22 octobre, mais pas pour longtemps.

Nous le vîmes en effet revenir le 2 novembre.

De coqueluche, il n'était plus question, mais il y avait de nouveau une grande oppression, une pâleur de la face, avec une submatité de tout le sommet droit, en avant et en arrière, et une grande obscurité de la respiration dans les mêmes points, sans souffle ni râles.

La température était à 39°,5 le soir, à 38,5 le matin (pour n'avoir plus à y revenir, disons de suite qu'elle ne cessa d'osciller autour de 39°, excepté les trois derniers jours, où elle s'abaissa peu à peu à la normale).

La matité devint très vite absolue à droite, en avant et en arrière, dans toute la hauteur du thorax. Les vibrations vocales étaient abolies, la respiration voilée, avec un peu de souffle. Une ponction exploratrice, faite le 7 novembre, avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, ne ramena qu'un peu de sérosité sanguinolente.

Enfin, le 12 novembre, les quintes de toux reprirent un caractère spasmodique.

Le 14, l'enfant fut pris de croup. Il succomba le 16, sans qu'on eût fait la trachéotomie qui n'eût réellement donné aucune chance de guérison.

Voici maintenant brièvement résumés les résultats de l'*autopsie*. Le poumon droit formait en entier un bloc compact et dur d'hépatisation rouge lie de vin, sans suppuration et sans tubercules. Le microscope y faisait apercevoir les lésions

caractéristiques de la broncho-pneumonie pseudolobaire subaiguë.

Les ganglions lymphatiques péribronchiques étaient très légèrement tuméfiés, non caséeux, ils ne comprimaient aucun organe important.

La trachée, les grosses et moyennes bronches étaient tapissées de fausses membranes diphtériques, ainsi que le larynx.

Il existait à la base du poumon droit, entre sa face inférieure et le diaphragme, un épanchement purulent de 150 à 200 gr. Nulle part nous n'avons trouvé de tubercules.

Ainsi, cet enfant à succombé à une broncho-pneumonie pseudolobaire subaiguë du poumon droit tout entier qui a duré au moins deux mois.

Les faits analogues paraissent relever exclusivement de la coqueluche ; nous ne les avons en effet remarqués dans aucune autre maladie à détermination broncho-pulmonaire ; les auteurs les considèrent du reste comme propres à cette affection.

En résumé : Dans la coqueluche, la broncho-pneumonie a un début ordinairement insidieux, quelquefois brusque, marqué le plus souvent par des symptômes de bronchite aiguë, quelquefois par des congestions pulmonaires.

Elle revêt ordinairement une forme lente, ses lésions sont localisées ; elle peut être pseudolobaire.

Dans les cas bénins elle évolue avec une grande lenteur, avec très peu de réaction générale, sa résolution est surtout traînante.

Dans les cas graves elle peut être aiguë, suffocante, mais d'habitude elle est subaiguë, et tue par une asphyxie lente, lorsque aucune maladie intercurrente ne vient

hâter le dénouement, comme cela se voit trop souvent dans les hôpitaux d'enfants. Même dans les cas mortels, lorsqu'ils sont lents, la fièvre peut faire défaut, pendant une plus ou moins grande période de la broncho-pneumonie.

§ 4. — *Broncho-pneumonie dans la Fièvre typhoïde.*

Nous avons dit quelques mots des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde dans le chapitre consacré à cette affection, nous avons même, à cette occasion, cité l'observation d'un jeune garçon de dix ans, qui, au cours d'une dothiénentérie bénigne, a présenté une broncho-pneumonie très bien limitée à la partie moyenne du poumon gauche. Cette complication n'a du reste en rien influencé la marche de la fièvre, qui s'est terminée le vingtième jour, tandis que les dernières traces de la pneumonie lobulaire avaient elles-mêmes disparu le vingt-troisième.

Les quelques réflexions, que nous avons alors émises, nous permettront donc d'être très bref maintenant, nous ne ferions même pas de la broncho-pneumonie dans la fièvre typhoïde l'objet d'un paragraphe spécial de notre travail, si nous n'avions pas une observation importante à relater.

Il est en général difficile de se rendre bien compte de la physionomie que revêt la broncho-pneumonie au cours de la dothiénentérie, on en comprend sans peine les raisons.

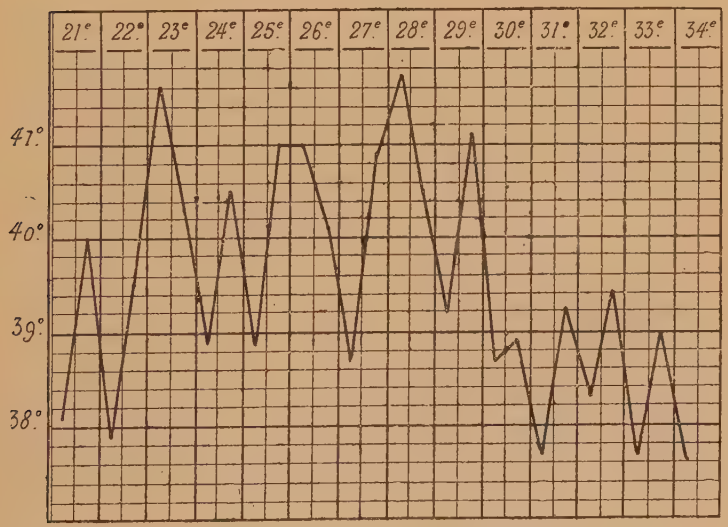
En effet, la complication survient le plus souvent en pleine période d'état de la maladie, alors que le complexus symptomatique présente une très grande variété, que tous les appareils sont plus ou moins touchés, et qu'il est dès lors presque impossible de faire la part de ce qui relève de la fièvre typhoïde ou de la pneumonie; les symptômes généraux s'enchevêtrent souvent d'une façon inextricable et se confondent complètement. De plus, nous savons que les enfants meurent fort peu de la fièvre typhoïde, les autopsies font donc défaut, et dans les quelques cas où nous avons pu la pratiquer, le décès n'était pas dû à des complications pulmonaires.

Etant donnée la difficulté qu'il y a à affirmer, pendant la vie du malade, la présence d'une broncho-pneumonie, à distinguer celle-ci d'une bronchite intense, ou même des phénomènes hypostatiques, qui accompagnent la fièvre typhoïde à forme pulmonaire, nous tenons à bien spécifier, que nous ne prenons en considération que les cas où la complication a été bien nettement lobulaire, et que nous passons sous silence tous ceux où sa nature a pu nous laisser dans le doute.

Nous avons donc observé trois fois la broncho-pneumonie, sur un total de soixante-neuf dothiénentéries; aucun de nos trois malades n'a succombé. Chez deux d'entre eux, la maladie a été bénigne, sa durée n'ayant pas dépassé la moyenne, et tout étant rentré dans l'ordre à la fin du troisième septénaire. Dans le troisième cas il n'en a pas été de même, le jeune malade nous a donné les plus grandes inquiétudes, et cependant il a guéri, alors que nous avions presque abandonné toute espérance.

Un garçon de douze ans est arrivé au vingt-deuxième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. La maladie avait été marquée par un certain degré d'abattement, un peu de délire nocturne, une température élevée ayant, à deux reprises atteint et même dépassé 41°.

La langue était cependant restée humide, le ventre souple, la diarrhée modérée. Vers le vingtième jour, les symptômes s'étaient amendés et faisaient prévoir une prochaine convalescence; l'enfant était plus éveillé, la diarrhée avait disparu, la température se maintenait entre 38° et 40° par de longues oscillations, et la poitrine ne faisait entendre que quelques râles sibilants.



Tout allait donc pour le mieux, lorsque brusquement, en 24 heures, du vingt-deuxième au vingt-troisième jour, le thermomètre fit une ascension de 3,°7, partant de 37,°9 pour atteindre 41,°6.

La nuit avait été très agitée, et le matin, la prostration était grande, il y avait du battement des ailes du nez, et nous ne pouvions méconnaître l'existence d'une complication pulmonaire. Mais l'auscultation et la percussion restaient muettes.

Vingt-quatre heures après cette alerte, la température était retombée à 38°,9, l'enfant était encore abattu, mais calme, il toussait beaucoup, on n'entendait que quelques râles de bronchite.

Ce n'est que le vingt-huitième jour, après une nouvelle élévation thermométrique à 41°,7, que nous pûmes enfin percevoir une matité et une apnée complète au sommet droit, une submatité au sommet gauche, une respiration incomplète, mêlée de quelques râles dans toute la poitrine. Joignons à cela un affaissement très grand, une pâleur extrême de la face, une dyspnée avec mouvements des ailes du nez, en somme une asphyxie nécessitant des piqûres d'éther, et nous aurons le tableau très grave que nous présentait le malade.

Néanmoins il guérit. Le lendemain, vingt-neuvième jour, il était plus éveillé, la nuit avait été tranquille, le thermomètre marquait 39°,2, la langue était humide, le pouls régulier à 124; du côté du poumon nous constations une respiration ample, sauf dans la fosse sous-épineuse droite, où elle était encore entravée et mélangée de râles.

Peu à peu, les jours suivants, les signes stéthoscopiques allèrent en s'amendant, la submatité et l'obscurité respiratoire firent place à de la sonorité et à des râles secs de bronchite, qui disparurent à leur tour; l'enfant entra en convalescence le trente-quatrième jour, après une longue fièvre typhoïde à forme thoracique, des plus graves, pendant laquelle nous n'osions plus croire à la possibilité d'une guérison.

Que pouvons-nous conclure dans cette observation? Au cours d'une dothiénentérie de force moyenne, au moment où selon toute probabilité la convalescence al-

lait s'établir, une broncho-pneumonie a éclaté, trahissant sa présence par de l'angoisse, de la dyspnée et une fièvre intense, mais sans signes physiques. C'est un début brusque, avec poussée congestive centrale. Ce qui le prouve, c'est que la température s'est abaissée, après cette élévation de courte durée. Puis il s'est fait une seconde congestion, mais cette fois la lésion s'est localisée au sommet droit et a évolué normalement. La broncho-pneumonie a duré douze jours, a présenté une gravité grande; elle s'est terminée par la résolution, et si la fièvre typhoïde s'est trouvée allongée de toute la durée de la complication, sa convalescence n'en a nullement été troublée.

La broncho-pneumonie dans la fièvre typhoïde revêt donc, comme dans la rougeole, la forme aiguë, ses lésions donnent le plus souvent des signes en foyer. Elle peut-être bénigne, et ne pas modifier la marche de la maladie qui lui a donné naissance, elle peut être grave, et ajouter des symptômes très sérieux à ceux de la dothiénenterie. Mais elle nous a donné trois guérisons sur trois cas, et aucun de nos cinq malades, morts de fièvre typhoïde, n'a succombé à cette complication. Il nous paraît donc qu'elle est moins meurtrière qu'on ne semble le croire ; le cas que nous venons de rapporter tendrait à le prouver.

Nous tenons enfin à ajouter, que la broncho-pneumonie doit bien souvent passer inaperçue, pendant la vie du malade, lorsqu'elle n'atteint que quelques rares lobules, lorsque ses signes, peu accusés, sont masqués par ceux de la fièvre typhoïde, lorsqu'enfin

elle n'influence pas du tout l'évolution de cette dernière.

Mais, dans ces cas là, elle devient une curiosité clinique, on peut la méconnaître sans danger pour le malade.

§ 5. — *Broncho-pneumonie dans la Diphtérie.*

Ici les difficultés abondent, le diagnostic de la broncho-pneumonie au cours du croup est en effet des plus délicats.

On sait que cette complication est de beaucoup la plus fréquente et qu'il n'est pas exagéré de dire, que 90 0/0 des décès après la trachéotomie sont imputables à cette cause. Mais c'est au lit du malade que se rencontrent les incertitudes, soit avant, soit après l'opération.

Chez un enfant non encore opéré, présentant tous les symptômes d'une sténose laryngée avancée, est-il possible, dans tous les cas, d'affirmer ou de nier l'existence d'une pneumonie lobulaire? Peut-on trancher cette question avec plus de certitude après la trachéotomie? Quand la broncho-pneumonie a-t-elle débuté, à quel moment l'inflammation a-t-elle passé des bronches aux alvéoles? Ce sont autant de questions auxquelles, dans la plupart des cas, il est presque impossible de répondre.

Nous avons été chargé du service des diphtériques, à l'hôpital Trousseau, en 1885, pendant les mois de janvier, février, juillet et août. Pendant ces quatre mois, 212 malades nous ont passé sous les yeux, et de ce nombre, 103

ont eu de la broncho-pneumonie; sur ces 103 malades 97 ont succombé.

Ces chiffres sont assez éloquents pour se passer de commentaires, ils montrent les ravages effroyables que cette maladie fait dans l'enfance de la population pauvre à Paris (1). Donc la moitié du nombre des enfants atteints de diphtérie, quelle que soit du reste la forme que revête la maladie, qu'elle soit grave ou légère, généralisée à tout l'arbre aérien ou localisée au pharynx, la moitié, disons-nous, des enfants qui en sont atteints, présentent des complications broncho-pneumoniques; et cette moitié est presque fatalement vouée à la mort. On peut compter les quelques rares cas où la maladie guérit, ce sont des exceptions en infiniment petit nombre.

La broncho-pneumonie survient, dans l'immense majorité des cas, chez des malades qui ont subi la trachéotomie. Ainsi, sur les 103 observations qui mentionnent cette complication, 98 concernent des enfants auxquels on avait pratiqué l'opération. Est-ce à dire que la trachéotomie soit par elle-même une cause de broncho-pneumonie? On l'a affirmé, mais actuellement cette opinion ne trouve guère de défenseurs, et l'opinion la plus répandue, est que la diphtérie, tout comme la rougeole et la coqueluche, se complique le plus souvent de broncho-pneumonie sans cause apparente, qu'elle se propage du larynx aux bronches et aux alvéoles par

(1) On trouvera la statistique générale du service des diphtériques à l'hôpital Trousseau en 1885, dans la Revue mensuelle des maladies de l'Enfance, mars 1886.

continuité de lésions, et que la trachéotomie n'y joue aucun rôle pathogénique. On sait du reste que la broncho-pneumonie survient chez des malades non opérés, tous les auteurs ont pu constater ce fait; l'opération ne doit donc pas être incriminée.

Les cas où la broncho-pneumonie survient au cours d'une angine diphtérique sans croup se voient quelquefois, quoique rarement, nous en avons observé deux. Mais ces faits sont trop connus pour que nous y insistions.

Les causes banales, telles que le froid, nous paraissent pourtant jouer un certain rôle dans l'étiologie de la broncho-pneumonie diphtérique; nous n'en voulons pour preuve que les chiffres suivants : sur 103 cas de broncho-pneumonie, 72 sont survenus en hiver et 31 en été. Mais, comme la diphtérie a été elle-même moins fréquente en été qu'en hiver, il nous faut faire la proportion pour cent cas. Ainsi, sur cent diphtéries, nous avons noté en été trente-neuf, en hiver cinquante-trois broncho-pneumonie.

La trachéotomie nous a donné en été quarante-trois guérisons, en hiver dix guérisons pour cent opérations, et comme presque toujours, la mort après le croup et la trachéotomie peut être attribuée à la broncho-pneumonie, il s'ensuit nécessairement que celle-ci a été beaucoup moins fréquente et moins meurtrière en été qu'en hiver.

La broncho-pneumonie diphtérique se voit chez les jeunes enfants, et aussi, assez fréquemment, chez les enfants qui ont dépassé les premières années de la vie. Elle atteint plus souvent que les autres espèces de bron-

cho-pneumonie des enfants de quatre à dix ans, par exemple, mais néanmoins, les malades au-dessous de quatre ans y sont plus sujets que ceux qui ont dépassé cet âge. Ainsi ceux qui ont échappé à cette complication avaient en moyenne cinq ans, ceux qu'elle a atteints n'avaient que trois ans.

La forme la plus habituelle que revête la broncho-pneumonie diphtérique est la forme aiguë ou suraiguë, tous les auteurs sont d'accord pour l'affirmer, et nos observations le confirment pleinement.

Dans la description des symptômes, il faut tenir compte des faits suivants. Le malade a-t-il du croup ou non ? s'il a du croup, la trachéotomie a-t-elle été faite ou non ? La physionomie de la maladie change un peu suivant ces différentes circonstances.

Voici par exemple un enfant qui a dépassé l'âge de quatre ans, il est atteint depuis quatre à huit jours d'une angine diphtérique grave, sans manifestation laryngée.

La gorge est tapissée de fausses membranes assez épaisses, adhérentes, reposant sur une muqueuse boursoufflée et saignante. Un écoulement séro-purulent s'échappe des narines, l'haleine est fétide, l'engorgement ganglionnaire cervical marqué.

La température s'élève à 40° le soir, elle éprouve parfois de brusques rémissions matinales, d'autres fois elle se maintient à de grandes hauteurs, en tout cas elle est irrégulière.

La respiration est fréquente, anxieuse, les ailes du nez battent avec force, mais il n'y a pas de tirage proprement dit.

La face est pâle, les traits tirés, le teint plombé. Le malade est agité, remuant sans cesse, ne dormant pas. L'appétit est nul, et le peu d'aliments que prend l'enfant n'est pas toléré.

Ce malade a presque sûrement une broncho-pneumonie. On en sera certain lorsque en un point localisé de la poitrine, on trouvera de la matité, du souffle, des râles sous-crépitants, et lorsque en même temps, les poumons feront entendre ailleurs des rhonchus et des sibilances disséminées.

Dans ces cas-là, le diagnostic ne présentera pas de difficultés, car il n'y a pas de sténose laryngée, l'air pénètre avec facilité dans la poitrine, et le plus souvent, les signes physiques sont rassemblés en foyer ; c'est la forme disséminée confluente.

Mais nous l'avons dit, la broncho-pneumonie compliquant l'angine n'est pas fréquente, nous n'en avons observé que deux cas, sur quarante-cinq angines.

Lorsque la broncho-pneumonie survient chez un enfant atteint de croup non opéré, le diagnostic devient beaucoup plus épineux. Il faut alors se baser presque uniquement sur les symptômes généraux, surtout lorsque la sténose du larynx est très forte, que très peu d'air pénètre dans les poumons, et que de plus il produit au niveau de la glotte un sifflement qui masque les bruits pulmonaires. La matité en un point du thorax sera alors d'une importance très grande, et jointe aux phénomènes généraux, permettra de faire le diagnostic de la lésion, et même de la localiser.

Un petit garçon de deux ans et demi entre dans notre service, le 8 janvier, avec une angine datant de six jours, un croup remontant à deux jours. L'état est sérieux, il y a du jetage et de la fétidité de l'haleine, les lèvres sont saignantes, l'engorgement ganglionnaire très marqué.

Le 14 janvier nous notions une grande amélioration, et le 16 l'enfant allait bien.

Tout resta à peu près dans l'ordre, et la convalescence se faisait régulièrement, lorsque le 1er février, vingt-neuf jours après le début de la diphtérie, il survint de l'abattement et de la fièvre, qui persistèrent les jours suivants. Le 3 février nous pûmes entendre à la base gauche, en arrière, se prolongeant dans l'aisselle, une matité et un souffle très marqués. L'un et l'autre augmentèrent encore le lendemain, au point d'envahir toute la moitié inférieure du poumon gauche. L'état général était sérieux. Pouls 140, dyspnée, abattement.

Le 6 février, malgré la persistance des signes physiques, l'enfant parut aller mieux; le 8, le souffle commença à diminuer, et le 15 tout avait disparu.

Plus tard, au commencement du mois de mars, l'enfant prit la rougeole, dont il guérit.

Donc : angine et croup ayant duré quinze jours. Broncho-pneumonie survenue quatre semaines après le début de la diphtérie, et guérie en quinze jours. Ici rien ne s'opposait à l'auscultation, le croup avait tout à fait disparu, les signes physiques se sont fait entendre le troisième jour de la pneumonie lobulaire, ils ont été rassemblés en un foyer unique. L'évolution a été aiguë.

Dans un autre cas analogue, également terminé par la guérison, les choses se sont passées à peu près de la même manière.

La broncho-pneumonie est survenue le quinzième

jour de la diphtérie, alors que le croup était guéri. Les signes se sont localisés, dès le premier jour, à la base droite. L'enfant a guéri.

Lorsque la broncho-pneumonie survient en pleine durée du croup, le pronostic est beaucoup plus sérieux, car à l'asphyxie de cause pulmonaire se joint celle qui provient de l'obstacle laryngé.

Dans ce cas, le diagnostic ne peut s'appuyer sur des signes physiques, d'abord, parce qu'on peut les méconnaître, ensuite, parce que la rapidité de la marche de la maladie est telle, que l'enfant est emporté avant qu'ils aient pu faire leur apparition.

Nous avons trois observations, où la mort est survenue, sans qu'on ait fait la tracthéotomie, à cause du déplorable état général du malade, de l'étendue et de la gravité de la broncho-pneumonie, et de la mauvaise nature de la diphtérie.

Un enfant de deux ans et demi est malade depuis quatre jours.

Le médecin qui l'a soigné en ville n'a jamais rien aperçu de suspect dans la gorge. La voix s'est éteinte depuis la veille de son entrée.

Actuellement il n'a aucune fausse membrane accessible à la vue. La respiration s'entend assez bien, malgré le sifflement laryngé.

La dyspnée et le tirage sus et sous-sternal sont intenses, les ailes du nez battent avec force. Abattement, asphyxie. Souffle rude des deux côtés de la poitrine et dans toute la hauteur en arrière.

Diagnostic : Croup d'emblée, datant de quatre jours. Broncho-pneumonie double très étendue.

L'enfant succombe dans la journée.

A l'autopsie nous trouvons des fausses membranes dans le larynx seulement, et une immense quantité de noyaux de broncho-pneumonie, disséminés dans les deux poumons.

Ces trois observations sont les seules, dans lesquelles la trachéotomie n'a pas été pratiquée. En général, la règle que se posent les internes de l'hôpital Trousseau, est d'opérer *tous* les croups, quels qu'ils soient.

Chez les croups qui ont subi la trachéotomie, la broncho-pneumonie se montre sous deux aspects différents, selon qu'elle a débuté avant ou après l'opération.

Si la complication existait déjà avant la trachéotomie, celle-ci n'apporte que peu ou point de soulagement : La dyspnée continue, le tirage persiste, les ailes du nez continuent à battre et la mort survient après quelques heures, quelquefois un ou deux jours, d'une agitation, suivie de prostration et d'abattement. Dans ces cas, il est rare de percevoir des signes physiques rassemblés, on n'entend, que de gros râles disséminés. L'état général et l'extrême rapidité de la marche suffisent à indiquer la cause de la mort.

Si la broncho-pneumonie survient après la trachéotomie, c'est le plus souvent le troisième ou quatrième jour qu'elle fait son apparition. Quelquefois elle tarde beaucoup plus longtemps, et alors le pronostic est moins sérieux. Voici comment les choses se passent dans la majorité des cas.

Un enfant, immédiatement après l'opération, se trouve extrêmement soulagé ; la respiration devient égale, un sommeil réparateur s'établit et dure huit ou dix heures.

L'appétit est bon, la fièvre peu intense entre 38° et 39°, la canule laisse écouler du mucus bronchique visqueux, de bonne apparence. L'enfant est gai, son aspect est rassurant, tout semble devoir marcher pour le mieux.

Mais hélas, combien en avons-nous vus être pris de broncho-pneumonie, après deux ou trois jours d'un état satisfaisant, pendant lesquels nous concevions les meilleurs espérances. La gaîté cesse, la fièvre s'allume, la respiration s'accélère et devient sèche, la sécrétion muqueuse s'arrête et la canule produit un sifflement de mauvais augure, que connaissent bien les médecins qui l'ont entendu quelquefois.

Puis, au lieu du mucus concret et visqueux que la toux expulsait les premiers jours, c'est un pus liquide qui s'écoule de la canule. L'enfant est agité, ne dort ni ne mange plus, la toux n'expectore plus le liquide bronchique, et il se produit alors un gargouillement canulaire à chaque temps de la respiration. L'asphyxie fait des progrès, et la mort survient en quelques jours.

Dans quelques cas trop rares, l'enfant peut guérir ; nous possédons quatre observations, où la broncho-pneumonie, survenue après l'opération, s'est terminée par la guérison; ce sont des faits assez exceptionnels. En voici un :

Un enfant de trois ans et demi entre à l'hôpital au troisième jour du croup. Il est arrivé à la période asphyxique, la trachéotomie s'impose, nous la pratiquons aussitôt. Quelques fausses membranes sont rejetées par la plaie trachéale.

Le soulagement est immédiat, la nuit s'écoule très calme ; le lendemain la respiration est pure partout, l'état général est bon.

Le troisième jour, nous notions de l'abattement, de la fièvre, de la dyspnée, l'expectoration était purulente. Il y avait de la matité, avec souffle et râles à droite en arrière.

La complication fut du reste peu grave, car dès le quatrième jour elle alla en s'atténuant, le souffle diminua, ainsi que la fièvre, et l'enfant put être considéré comme guéri le neuvième jour.

En général, lorsque la complication survient tardivement, le pronostic est moins grave. Nous avons cependant perdu en trois jours, une fillette, chez laquelle la broncho-pneunomie est survenue le quarante-cinquième jour après l'opération.

Un petit garçon de trois ans, que nous avons opéré le 8 février, et dont l'état est resté excellent jusqu'au 26 février, est mort de broncho-pneumonie le 1er mars.

Nous n'avions pu malgré de nombreuses tentatives, le priver tout à fait de sa canule, il s'en passait pendant quelques heures, mais l'asphyxie menaçait et nous étions obligés de la réintroduire. Pendant tout ce temps il rendait encore de petites fausses membranes, le croup existait donc toujours. Mais l'état général était bon, il mangeait, jouait, se levait même, lorsque la complication pulmonaire survint le dix-huitième jour après la trachéotomie, et l'emporta en trois jours.

La broncho-pneumonie diphtérique a fait l'objet d'un si grand nombre d'études dans ces dernières années, que nous n'avons rien trouvé de nouveau à dire à son sujet dans les pages qui précèdent; nous arrivons donc aux mêmes conclusions que les auteurs qui s'en sont occupés avant nous.

Aussi n'avons-nous que bien peu de choses à ajouter aux propositions que renferme le dernier travail paru sur ce sujet. Nous voulons parler de l'excellente thèse de notre ami, le Dr J. Darier (1).

Nous dirons donc :

La broncho-pneumonie s'établit chez des enfants atteints de croup, plutôt que de tout autre manifestation de la diphtérie.

Elle revêt la forme aiguë ou suraiguë.

Elle survient à une époque rapprochée du début de la diphtérie, les cas tardifs ne sont cependant pas très rares.

Dans la majorité des cas, elle ne se manifeste pas par des signes en foyer, soit que les lobules soient disséminés, soit que la mort survienne avant que les lésions aient pu se traduire au doigt et à l'oreille, soit enfin que le sifflement laryngé ou les bruits canulaires empêchent les signes physiques d'être perçus par le médecin.

Dans un grand nombre de cas cependant, le souffle et les râles, et à leur défaut la matité, permettent de localiser la lésion.

On trouve à peu près un nombre égal de broncho-pneumonies à noyaux disséminés et à noyaux confluents. Nous n'avons pas observé la forme pseudo-lobaire.

A défaut des signes physiques, les symptômes généraux sont suffisants pour reconnaître l'existence de cette complication, ils ont donc une grande valeur clinique.

Le pronostic de la broncho-pneumonie diphtérique est extrêmement grave ; c'est la plus meurtrière de toutes.

(1) Darier. De la broncho-pneumonie dans la diphtérie. Paris, 1875.

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le cadre de ce travail ne se prête en aucune manière à ce que nous fassions la description des formes diverses que revêt la tuberculose chez les enfants ; le besoin ne s'en fait du reste pas sentir, et les ouvrages classiques traitent cette question avec tous les développements qu'elle mérite. Mais, fidèle à notre programme, nous tenons cependant à dire en quelques mots les faits qui nous ont paru les plus frappants, et surtout à signaler, d'une façon particulière, deux accidents importants de la phtisie : les *hémoptysies* et le *pneumothorax*.

Il nous a passé sous les yeux vingt-trois cas de tuberculose pulmonaire.

Nous ne parlerons pas de huit d'entre eux, chez lesquels la maladie ne s'est pas montrée très nette. Les malades ont présenté quelques symptômes de bronchite et de l'amaigrissement ; leurs parents étaient entachés de tuberculose, et les enfants eux-mêmes de scrofule. Après un séjour plus ou moins prolongé à l'hôpital, ils sont sortis améliorés ou en état stationnaire, et le diagnostic est toujours resté douteux, la tuberculose ayant été fortement

soupçonnée, mais jamais prouvée par des phénomènes certains.

Un autre enfant, atteint de mal de Pott depuis un an, fut pris assez brusquement de granulie, mais nous fut enlevé par ses parents, avant la fin de la maladie.

Chez sept de nos malades la tuberculose a revêtu la forme broncho-pneumonique, et ces sept observations nous donnent autant de décès. Si donc nous avions mis la broncho-pneumonie tuberculeuse en parallèle avec les autres, comme nous l'avons fait de celle qui survient dans la coqueluche, la rougeole ou la diphtérie, nous aurions pu ajouter, qu'elle est la plus meurtrière de toutes, car aucune des autres ne nous a donné une mortalité aussi considérable. Mais l'assimilation ne peut être faite, aucun auteur ne l'a du reste tentée.

En effet, ce qui tue dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, ce n'est pas la pneumonie, c'est la tuberculose. On n'en saurait dire autant des autres variétés de la maladie.

Nos sept observations, auxquelles nous faisons allusion, concernent des enfants âgés de un an et demi à cinq ans, quatre ayant de un à trois ans et les autres quatre ou cinq ans.

Le rachitisme, la scrofule, l'athrepsie, des bronchites répétées, la fièvre typhoïde et la rougeole, telles sont les circonstances que nous avons notées, sur les indications des parents, comme ayant précédé le début de la tuberculose, ou favorisé son éclosion.

Une seule fois, nous n'avons noté aucune localisation des signes physiques pendant toute la durée de la maladie,

et l'autopsie nous a laissé voir de nombreux lobules envahis, disséminés dans les deux poumons.

Dans tous les autres cas, nous avons eu affaire à des lésions rassemblées en foyers, confluentes en un ou plusieurs points, qui s'étaient traduites, pendant la vie, par les signes habituels de la congestion et de l'hépatisation. Enfin la marche de la maladie a été aiguë quatre fois, la terminaison est alors survenue du quinzième au vingt-sixième jour ; trois fois elle s'est fait attendre au delà de deux mois, et nous avons alors constaté soit une hépatisation pseudolobaire étendue, soit une pneumonie caséeuse avec des cavernes.

Mais tous ces faits ne s'écartent en rien de ce que l'on rencontre à chaque pas dans la clinique infantile, nous n'y insistons donc pas davantage, et nous avons hâte d'arriver aux quelques faits plus remarquables dont nous possédons les observations.

Tous les auteurs s'accordent pour affirmer l'extrême rareté des *hémoptysies* chez les jeunes enfants, nous parlons naturellement des enfants, chez lesquels la tuberculose revêt la forme la plus habituelle au jeune âge, et nullement de ceux qui présentent des lésions semblables à celles de l'adulte. Donc l'hémoptysie est rare, surtout au début de la maladie, elle paraît l'être un peu moins comme accident terminal.

Rilliet et Barthez en possèdent quelques exemples dans lesquels elle a presque toujours été mortelle.

Suivant ces auteurs, l'hémoptysie ne se montrerait guère que chez les enfants qui ont une tuberculose ganglionnaire avancée, ils ne possèdent du reste pas d'ob-

servation, où l'hémorrhagie terminale soit survenue par le fait d'une caverne, sans qu'il ait existé conjointement quelques ganglions bronchiques volumineux. Tous les malades, qui ont présenté cet accident, étaient âgés de plus de sept ans, sauf un, qui avait trois ans et demi.

Henoch a vu douze à quinze fois des hémoptysies peu abondantes, une seule fois l'hémorrhagie a été foudroyante. Il n'a jamais observé de perforation d'un vaisseau pulmonaire de gros calibre, occasionné par de l'adénopathie péribronchique.

West fait mention de sept cas de tuberculose, terminés brusquement par un crachement de sang ; il a fait l'examen cadavérique de trois de ces cas, et une fois seulement il a trouvé une caverne en communication avec un vaisseau perforé ; malheureusement, il ne nous donne pas l'âge de son malade.

Enfin, M. Berger en a récemment observé en ville un cas analogue, chez un enfant de quatre ans. (1)

On voit donc combien est rare l'hémoptysie chez les jeunes sujets, aussi pensons nous, que l'observation que nous allons rapporter, mérite, à tous égards, d'attirer l'attention.

M. Cadet de Gassicourt l'a lue à la Société médico-pratique (2).

L'enfant dont il s'agit est un petit garçon de seize mois, malingre, chétif, n'ayant jamais été bien portant, continuellement en proie à la diarrhée et aux vomissements.

(1) Communication orale de M. Cadet de Gassicourt.
(2) Rev. mens. des maladies de l'Enfance, juin 1886.

A bout de ressources, dans une misère absolue, sa mère nous l'apporte, le 10 juillet, en nous priant de bien vouloir le garder quelque jours, malgré son jeune âge, qui eût, en toute autre circonstance, été un obstacle à son admission dans nos salles.

Au bout de peu de jours, grâce à un lait abondant et de bonne qualité, l'enfant parut reprendre un peu ; mais cette amélioration fut passagère.

Le 19 juillet, il recommença à maigrir ; puis la poitrine fit entendre de gros râles, et le 23 juillet, nous notions une matité très accentuée dans la ligne axillaire droite, se prolongeant en avant, pour ne cesser que sous la première pièce du sternum.

Depuis deux jours, l'enfant avait rendu environ deux crachoirs de sang, par la bouche et par le nez.

Le petit malade mourut subitement le matin du 24 juillet, au cours d'une hémoptysie très abondante, d'un sang rouge et s'écoulant en jet.

Voici maintenant le résultat de l'*autopsie*, pratiquée vingt quatre heures après la mort.

Tous les organes sont pâles et exsangues.

Les deux poumons adhèrent à la paroi costale.

On trouve dans le médiastin antérieur, au niveau des deux premières pièces du sternum, un gros paquet de ganglions caséeux et ramollis à leur centre. Une tumeur semblable est située dans le médiastin postérieur, un peu plus bas que la première.

Les deux poumons sont criblés de tubercules, durs à la coupe, criant sous le couteau.

Le poumon droit contient dans la partie antéro-inférieure de son lobe supérieur une *caverne*, grosse comme une noix ; elle est remplie par un caillot de sang rouge, qui se moule sur ses anfractuosités.

Au-dessus de cette caverne, et immédiatement en contact avec elle, se trouve une des volumineuses branches de bifurcation de l'artère pulmonaire.

Avec un stylet mousse, nous découvrons un trou qui fait communiquer l'artère avec la caverne ; c'est une perte de

substance, à travers laquelle passerait sans peine une forte plume d'oie; des débris de tuniques artérielles lui font une sorte de valvule incomplète.

D'autre part, en promenant doucement l'extrémité du stylet dans les anfractuosités de la caverne, nous ne tardons pas à tomber dans une bronche ouverte, s'abouchant directement dans la cavité. La lumière du canal a le calibre d'une plume de corbeau. Son ouverture se trouve directement en arrière de la plaie artérielle et lui est presque contiguë.

Les bronches et la trachée sont pleines de sang.

Le foie, la rate, le péritoine sont parsemés de granulations tuberculeuses.

Cette observation nous montre d'abord comment des lésions tuberculeuses, même avancées, peuvent rester longtemps ignorées, ou du moins ne se traduire que fort tard par des signes physiques.

En effet, ce n'est que deux jours avant la mort, que nous avons entendu de gros râles, et la veille même de la terminaison fatale, que la matité est venue s'y joindre. Et cependant le malade avait en avant, dans la région sous-claviculaire, ordinairement accessible à l'oreille, une caverne volumineuse.

Ensuite nous appelons l'attention sur l'âge du malade et sur la rareté, unanimement affirmée par les auteurs, des hémoptysies à cette période de la vie.

Enfin l'existence de volumineuses tumeurs ganglionnaires rapproche tout à fait notre cas de ceux que Rilliet et Barthez disent avoir observés.

Le *pneumothorax*, au contraire, est plus fréquent au-dessous de cinq ans, qu'au-dessus de cet âge, dans la proportion de dix à cinq, suivant Rilliet et Barthez. Cette

fréquence tiendrait d'après eux au fait que la broncho-pneumonie est bien plus habituelle au jeune âge.

Le siège de la perforation est ordinairement à la partie postéro-inférieure ou postéro-moyenne du poumon, et le pneumothorax est plus souvent général que partiel.

Le début, qui chez l'adulte est brusque, marqué par une violente douleur et une dyspnée intense, peut l'être aussi chez l'enfant; cependant, chez ce dernier, le plus souvent il est peu marqué.

Une fois constitué, le pneumothorax se traduit du reste par les mêmes signes que dans l'âge adulte, et la mort survient, ou bien en quelques heures, ou bien après une plus ou moins longue période de cachexie et d'hecticité.

La guérison peut cependant se faire, Rilliet et Barthez en ont vu un exemple, M. Sanné un autre. Ces deux derniers n'étaient pas, il est vrai, survenus chez des tuberculeux, mais les auteurs qui les rapportent ajoutent qu'il ne faut pas considérer le pneumothorax comme forcément mortel chez les tuberculeux. Ils l'ont vu guérir, alors que la tuberculose était encore peu grave, et laisser ensuite la maladie suivre sa destinée.

M. Cadet de Gassicourt nous a raconté l'histoire d'une pleurésie purulente, traitée par l'opération de l'empyème et à laquelle avait succédé un pneumothorax. L'enfant a guéri, et sa santé est restée bonne depuis cet événement qui s'est passé il y a sept ou huit ans.

De même que chez l'adulte, le pneumothorax se complique souvent d'épanchement liquide dans la plèvre, cela seulement s'il n'est pas terminal, c'est-à-dire si la survie du malade laisse au liquide le temps de se former.

Le diagnostic présente quelquefois de sérieuses difficultés, en vertu de l'âge de l'enfant et du début insidieux de l'accident. West regarde le pneumothorax comme plus rare encore que les hémoptysies. Nous ne croyons pas que l'auteur anglais soit dans le vrai, et *a priori*, sans pouvoir baser notre opinion sur des faits assez nombreux, nous nous rangerions à l'avis opposé, partagé par les auteurs français. En effet, la fréquence de la pneumonie caséeuse dans l'enfance, la situation superficielle des cavernules résultant de la fonte des lobules tuberculeux, la minceur du tissu qui les sépare de la cavité pleurale, tout porte au contraire à supposer qu'un tel accident ne doit pas être une rare exception.

Nous en avons observé deux exemples, que nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Le premier concerne un enfant de deux ans et demi, qui est entré dans nos salles le 3 mars, sans que nous ayons pu obtenir aucun renseignement sur les événements antérieurs à son admission.

Il présentait à son entrée des signes manifestes de pneumothorax à gauche, consistant en un souffle amphorique, et un bruit d'airain, provoqué par la percussion, au moyen de deux pièces de monnaie. Il ne paraissait pas y avoir d'épanchement liquide à la base.

L'état général était très grave, dyspnée, amaigrissement, fièvre.

Le 6 mars, trois jours après l'entrée du malade, nous constations, à la base gauche, de la matité, un souffle doux, mais pas de bruit de succussion hippocratique. Les signes de perforation restaient stationnaires. La face prenait une teinte terreuse, et l'enfant s'affaiblissait visiblement.

Les signes physiques ont persisté les jours suivants ; aucun doute n'était permis touchant l'existence du pneumothorax, et en même temps, le malade allait de plus en plus mal, il commençait même à asphyxier, lorsqu'il fut malheureusement repris par ses parents le 23 mars, après vingt jours de séjour à l'hôpital, de sorte que nous n'avons pas pu en faire l'examen anatomique.

Le second fait est l'observation d'un garçon de deux ans, rachitique, né de parents tuberculeux, qui ont donné le jour à six enfants, dont quatre ont déjà succombé. De ces derniers, l'un est mort d'une coqueluche, un autre de tuberculose pulmonaire. Donc les antécédents du petit malade sont des plus nets, à l'égard de la tuberculose.

Son histoire pathologique est du reste assez compliquée. Il nous est arrivé le 20 janvier, avec des accidents nerveux d'une grande intensité, que nous avons cru pouvoir attribuer à une tumeur cérébrale, et dont l'autopsie ne nous a pas fourni l'explication. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette partie de l'observation dans un autre chapitre de notre travail.

Les faits qui nous intéressent actuellement remontent au 9 février. A cette époque, les phénomènes nerveux, auxquels nous venons de faire allusion, avaient cessé, et l'enfant fut pris de rougeole.

Deux jours plus tard, nous pûmes constater à la base gauche, en arrière, se prolongeant en dehors, des signes indubitables de broncho-pneumonie : matité, souffle, râles. L'enfant était grognon, la température assez élevée, et eu égard aux antécédents du malade nous avions de sérieuses raisons pour supposer que la tuberculose n'était pas étrangère à l'étiologie de la lésion pulmonaire.

Le 18 février, huit jours après la première constatation de ces symptômes, ceux-ci avaient disparu, mais l'enfant restait grognon, il maigrissait beaucoup, et la température restait entre 38° et 39°.

Les événements semblaient donc donner raison à notre diagnostic, et malgré l'absence de signes physiques, nous n'eûmes plus de doute, lorsque nous vîmes, les jours suivants, l'amaigrissement faire de rapides progrès, la fièvre persister, et le malade s'affaiblir, se plaindre et crier continuellement.

C'est au milieu de ces symptômes assez mal définis ,que le matin du 26 février, quinze jours après le début des accidents pulmonaires, nous trouvâmes tous les signes d'un pneumothorax dans le tiers inférieur de la poitrine, à gauche, en avant et en arrière. La perforation s'était faite sans brusquerie, d'une façon insidieuse, rien n'avait attiré l'attention de ce côté là pendant la journée et la nuit précédentes.

Tous les signes d'épanchement gazeux de la plèvre existaient, mais on ne pouvait provoquer le bruit de flot.

L'enfant mourut, sans nouveau symptôme, le 1er mars.

A l'*autopsie* nous trouvâmes la cavité pleurale gauche pleine d'air. Le poumon y était refoulé en avant et en haut, maintenu dans cette position par des adhérences qu'il avait contractées avec la paroi costale. Le reste de la cavité était tapissé d'un pus concret, qui formait une sorte de fausse membrane tomentense. Il existait à la base fort peu de liquide purulent.

Une perforation, de l'étendue d'une pièce de vingt centimes en argent, siégeait à la partie inféro-externe du lobe supérieur, elle mettait la cavité pleurale en communication avec une caverne pulmonaire, de la grosseur d'une noix, dans laquelle venaient s'aboucher plusieurs ramifications bronchiques ouvertes.

Le poumon gauche, ainsi que le droit étaient infiltrés de noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse, en grand nombre

En résumé, c'est un enfant prédisposé à la tuberculose par sa naissance, qui a contracté la rougeole dans nos salles. Cette rougeole s'est compliquée de broncho-pneumonie tuberculeuse, à laquelle le malade a succombé en

vingt jours, avec un pneumothorax terminal. Nous attirons de nouveau l'attention sur le fait, que la caverne avait complètement échappé à l'attention, pendant la vie du malade, malgré un examen de la poitrine minutieux et quotidien.

CHAPITRE V

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

On peut dire, sans être accusé d'exagération, que deux observations de méningite, prises au hasard, diffèrent toujours l'une de l'autre. Si la maladie dans son évolution générale est une, si sa marche est régulièrement progressive lorsqu'on la considère de haut, il n'en est plus ainsi, quand on l'examine de près; et si on en vient à examiner chaque petit détail, à disséquer chaque symptôme, on en trouve alors une infinie variété, et les descriptions qui voudraient être complètes, perdraient en clarté ce qu'elles gagneraient en exactitude.

Nous n'avons pas la prétention de recommencer une description, déjà si souvent et si magistralement faite; nous ne voulons pas non plus reprendre chacune des particularités, que nous offrent les quelques observations recueillies par nous, pour en tirer des conclusions plus ou moins intéressantes; dans le premier cas, nous ne pourrions que répéter ce qui a été dit avec le plus grand talent et la plus incontestable autorité, longtemps avant nous, dans le second, nous risquerions de nous perdre dans de fastidieux détails.

Comme nous l'avons fait jusqu'ici, notre but est sim-

plement de relire avec soin nos observations et d'en faire ressortir quelques-uns des points qui nous ont paru être le plus dignes d'attention. Nous ne nous y arrêterons du reste que le moins longtemps possible.

L'année 1885 a amené dans le service de M. Cadet de Gassicourt, onze cas de méningite tuberculeuse ; malheureusement nous n'avons été témoin d'aucune de ces guérisons rares, inattendues, qui ont beaucoup fait parler d'elles depuis Rilliet, surtout ces dernières années, et auxquelles notre maître a consacré une leçon dans son troisième volume de cliniques. Nos onze malades sont morts, deux d'entre eux, il est vrai, ont été retirés de l'hôpital par leurs parents avant le dénouement, mais ils étaient agonisants, quand nous les avons perdus de vue.

Leur âge a oscillé entre deux et huit ans, six avaient de deux à trois ans, quatre de quatre à six ans et un huit ans.

Huit fois seulement nous avons pu obtenir quelques renseignements, presque toujours fort peu complets, sur les antécédents héréditaires et personnels de nos malades. Dans deux cas, les parents étaient eux-mêmes tuberculeux : le premier concerne un enfant, dont le père avait une tumeur blanche du genou et dont les deux sœurs avaient succombé à la méningite, le second un petit garçon qui avait perdu père et mère de la phtisie. La santé antérieure de nos malades nous a permis de noter des bronchites deux fois, la coqueluche deux fois, des lésions scrofuleuses de la peau, une entérite, une rougeole une fois, enfin dans deux cas, le rachitisme avait marqué son existence par des déformations osseuses.

Le début de la maladie n'a jamais été soudain, toujours au contraire, les renseignements qui nous ont été donnés font mention d'une période prodromique et d'un début insidieux, grâce auquel le diagnostic a été hésitant plus ou moins longtemps.

Qu'il nous soit permis tout d'abord de raconter l'histoire des plus bizarres d'un petit garçon de trois ans, entré dans notre service le 8 mai :

Voici d'abord les renseignements fournis par sa mère :

L'enfant a été nourri au biberon. A l'âge de deux mois il a eu une bronchite, à la suite de laquelle il est resté chétif, il est du reste très fortement rachitique.

A quinze mois, il a eu un accident qualifié de « *Congestion* », ayant duré huit jours, et nécessité l'application de sangsues sur les cuisses.

Dès lors a persisté un *nystagmus horizontal* très marqué, et de temps en temps, toutes les trois semaines ou tous les mois, l'enfant est pris de *spasmes*, avec raideur tétanique des quatre membres, convulsions des globes oculaires, coloration violacée de la face. Ces crises durent 15 secondes, se repètent plusieurs fois par jour, pendant cet état de mal qui se prolonge quelques jours ; puis tout rentre dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle série d'accidents semblables recommence, trois semaines ou un mois plus tard.

Le 5 mai l'enfant eut un vomissement et un accès de fièvre, sa peau était brûlante.

Depuis ce moment un *tremblement* continuel agita les deux membres supérieurs, les nuits furent entrecoupées par des cris, des cauchemars et de vives terreurs, les *convulsions* revinrent avec plus de fréquence que jamais, des bouffées de chaleur firent rougir la face à plusieurs reprises, l'enfant porta souvent les mains à sa tête, enfin il n'y eut pas de garde-robe du tout.

Lorsque nous le voyons pour la première fois, nous remarquons tout d'abord que l'enfant est d'un embonpoint normal, d'apparence vigoureuse ; au point de vue intellectuel il est retardé, parle peu et mal, mais l'intelligence existe encore un peu, il dit « merci » lorsqu'on lui présente son verre et le saisit pour y boire.

Les globes oculaires, agités par un nystagmus constant, se convulsent en haut de temps à autre.

Les membres supérieurs et le tronc sont secoués, d'une façon intermittente, par un tremblement, les bras se portent alors en avant, se soulèvent au-dessus du lit ; au bout de quelques secondes, ils retombent immobiles. Ce phénomène se reproduit assez souvent pendant notre examen.

La sensibilité est conservée. La respiration irrégulière, tantôt précipitée, tantôt ralentie, ne fait entendre aucun bruit morbide.

Le pouls bat 108 fois par minute. Le thermomètre marque 36,7 dans le rectum.

Il y a une selle normale dans la journée.

Les symptômes que nous venons d'énumérer étaient si anormaux, si peu en rapport avec l'existence d'une méningite tuberculeuse régulière, que notre diagnostic se porta plutôt sur l'idée d'une tumeur cérébrale, probablement de nature tuberculeuse, avec poussée de granulations méningées périphériques.

Ces symptômes se prolongèrent encore toute la journée du 9 mai, cinquième jour à partir du début des phénomènes aigus ; mais la nuit suivante, puis la journée et la nuit du 10 mai furent calmes, l'enfant resta étendu, endormi, les yeux renversés en haut, les pupilles contractées, avec de temps en temps un peu de nystagmus passager ; mais pas de tremblement des extrémités. Il y eut aussi une garde-robe normale.

Le matin du 11 mai, nous prîmes les notes suivantes auprès du lit du malade :

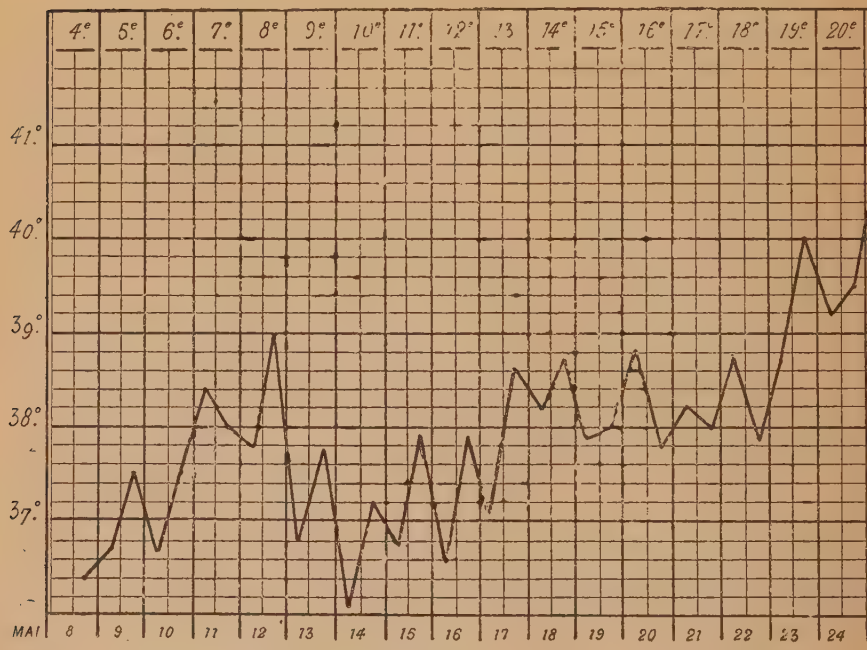
L'enfant est calme, couché sur le dos, les yeux ouverts, parfois agités de nystagmus, les pupilles normales.

Les membres supérieurs ont de la tendance à la catalepsie, ils conservent pendant un certain temps les positions qu'on leur a données, et sont alors tremblants. Il n'existe pas de contractures.

Sensibilité absolument conservée, sans hyperesthésie.

La langue est humide, le ventre souple, non rétracté, la raie méningitique lent, à se produire, les selles sont normales.

Le pouls est à 124, la respiration à 32, tous deux sont réguliers. Pas de râles dans la poitrine.



L'enfant, indifférent à tout ce qui l'entoure, ne pousse ni cris, ni gémissements, à moins qu'on ne le tourmente; il ne sort de sa torpeur que pour boire son lait, dont il prend un demi-litre environ par jour.

L'état est resté le même les quatre jours suivants, jusqu'au 14 mai, la constipation a été absolue, pendant ce temps.

La température, voisine de la normale, n'a atteint 39° qu'une seule fois, le 12 mai.

Le 15 mai, onzième jour, le tremblement et l'état cataleptique des membres supérieurs sont restés les mêmes, le malade est toujours dans un état demi-comateux, mais comme symptômes nouveaux nous notons, un peu de grimacement de la face qui rougit parfois d'une façon spontanée et passagère.

La respiration et le pouls deviennent irréguliers.

La langue est très sèche, le ventre normal, la raie méningitique y a acquis une grande netteté, il y a eu une selle dans les dernières 24 heures.

Les réflexes sont normaux, il n'y a pas d'hyperesthésie très marquée.

A partir de ce jour, le diagnostic parut s'imposer, la méningite tuberculeuse était évidente, elle continua dès lors sa marche d'une façon régulière, avec un grand abattement, des cris fréquents de jour et de nuit, un mâchonnement perpétuel, un nystagmus de plus en plus prononcé qui a duré jusqu'à la fin.

Le 21 mai seulement, il survient une de ces accalmies trompeuses de courte durée, elle ne dépassa pas 24 heures, puis les symptômes graves reparurent.

Cris, cyanose de la face, immobilité des paupières et rougeur des conjonctives, nystagmus et convulsions des globes oculaires.

Langue saburrale, ventre et garde-robes normales.

Légère contracture de la nuque, tremblement de plus en plus accusé de la face, des membres supérieurs et inférieurs.

Respiration anxieuse et irrégulière.

La mort survint par asphyxie croissante le 24 mai, vingt-unième jour à partir du début des phénomènes aigus ; le tracé thermométrique s'éleva beaucoup les trois derniers jours au point d'atteindre 41°,3.

Voici maintenant les résultats de l'*autopsie !*

La dure mère crânienne est très adhérente, surtout au niveau de la fontanelle antérieure.

Il existe une méningite vers la scissure de Sylvius gauche, à la base du lobe sphénoïdal du même côté, sur toute l'étendue des lobes pariétal et frontal gauches. Ce sont des exsudats opalescents qui couvrent toute cette région de l'hémisphère gauche. Les méninges sont injectées partout, mais surtout dans les régions frontale et occipitale.

On ne voit aucune granulation miliaire à l'œil nu.

A droite, il n'existe pas de méningite bien nette, mais seulement une certaine hyperémie de la pie-mère.

Il n'y a pas trace de tumeur, ni méningée, ni intra-cérébrale. Les méninges sont un peu épaissies et indurées.

Au centre du lobe inférieur du poumon gauche, se trouve un tubercule caséeux, gros comme une graine de chénevis ; un ganglion bronchique profond est également tout à fait caséeux.

En somme, nous avons eu sous les yeux une méningite tuberculeuse chez un enfant, qui, depuis plus d'un an et demi, était sujet à des attaques convulsives épileptiformes. Cette méningite a débuté par des symptômes de tumeur cérébrale, sur lesquels nous reviendrons, en rapprochant cette observation d'autres analogues.

La première partie de la maladie a évolué d'une façon assez irrégulière ; ce n'est guère que vers le onzième jour que le diagnostic parut certain, et cependant, avant et après cette date, un certain nombre de phénomènes rares ou anormaux avaient attiré notre attention et passablement contribué à nous égarer. Nous voulons parler des convulsions, du tremblement, de l'état cataleptique des membres et du nystagmus.

Les *convulsions* ont été de tous temps signalées et décrites, comme existant dans la méningite tuberculeuse. Rilliet et Barthez sont les premiers qui ont distingué celles qui surviennent au déclin de la maladie, à la fin de sa seconde ou au commencement de sa troisième période, et qui n'ont d'autre signification que celle d'une mort plus ou moins prochaine, de celles qui se montrent au début de la méningite. « Lorsque les convulsions, » disent ces auteurs, paraissent au début, ou constituent par leur fréquence, leur intensité ou leur périodicité un symptôme important, elles coïncident presque toujours avec des tubercules du cerveau. Elles sont d'autant plus fréquentes et plus hâtives, que les enfants sont plus jeunes. »

Dès lors, tous les auteurs modernes ont insisté sur la rareté de ce symptôme au début, et ont cité quelques faits exceptionnels à cet égard. M. Cadet de Gassicourt (1), notamment, en donne une observation, et Henoch, tout en partageant l'opinion de Rilliet et Barthez, pense que la règle posée par eux est peut-être un peu trop absolue et publie également un cas de début par attaques convulsives.

Dans le cas que nous venons de raconter, les convulsions ont existé avant le début de la maladie, elles ont augmenté d'intensité et de fréquence les premiers jours de la méningite, et elles ont cessé à la fin. Nous n'avons cependant rien trouvé à l'autopsie qui pût les expliquer.

Dans nos onze observations de méningite tubercu-

(1) Tome III, page 506.

leuse, nous avons noté sept fois des convulsions, et trois fois elles se sont montrées dès les premiers jours.

1° Chez un enfant de quatre ans (père tuberculeux, deux sœurs mortes de méningite) qui s'est toujours bien porté. Un mois avant son entrée à l'hôpital il est devenu sombre et taciturne.

La maladie a débuté par les trois symptômes classiques ; le quatrième jour, est survenue une convulsion qui a duré trois heures, et après laquelle a persisté un peu d'hémiplégie faciale, pendant 24 heures.

L'enfant a succombé le dix-septième jour.

L'autopsie n'a révélé en aucun point des méninges, ni du cerveau de tubercule tant soit peu volumineux.

2° Un petit garçon de deux ans, qui maigrit depuis quelques temps, a été pris de convulsions, le 2 mars, pour la première fois.

Il est tombé tout-à-coup, la face pâle, l'écume à la bouche, les membres en contractures et les globes oculaires en rotation forcée.

Cette attaque s'est répétée neuf fois le premier jour, n'a pas reparu le second ; mais il y a eu trois crises le troisième jour et quatre le quatrième, semblant toujours aller en augmentant d'intensité. Après chacune d'elles, il y a eu un sommeil d'environ un quart d'heure, suivi d'hébétude. Chez ce malade, à part l'amaigrissement, les convulsions ont été les premiers phénomènes morbides.

La méningite a évolué marquée par des convulsions très fréquentes, et un tremblement tout à fait analogue à celui que nous avons décrit dans notre première observation. Les secousses convulsives ont envahi les muscles de la face et des quatre membres, avec prédominance du côté gauche, et un faible degré de contracture du même côté.

Les yeux sont déviés à droite, comme chez un hémiplégique gauche, et agité par le nystagmus.

L'enfant a succombé le treizième jour, et malgré la précocité et l'intensité des convulsions, malgré leur prédominance à gauche, malgré la déviation oculaire à droite, nous n'avons pas trouvé de tubercule cérébral, ni aucune autre lésion en foyer.

Ces exemples suffisent, pour prouver qu'en l'absence de toute tumeur intracrânienne, les phénomènes convulsifs ne sont pas très rares au début de la méningite tuberculeuse. En outre, alors même que les symptômes semblent indiquer clairement l'existence d'un néoplasme cérébral, il faut être très réservé pour en affirmer la présence. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette dernière question.

Le *tremblement*, que nous avons vu marquer d'une manière toute particulière la première de nos observations, et apparaître d'une façon moins intense dans la troisième, est un phénomène assez fréquent. Il peut s'accompagner d'une sorte de *catalepsie des membres*, supérieurs surtout, qui gardent pendant un certain temps, quelques minutes au plus, les positions qu'on leur a données. En général le tremblement dure autant que la position donnée aux extrémités, bientôt celles-ci retombent sur les draps et le tremblement cesse au même moment. Celui-ci apparaît aussi à l'occasion d'une excitation périphérique, d'une pression exercée sur la peau, du pincement, du chatouillement.

Il consiste en de petites secousses d'une minime amplitude, très courtes, très rapides, analogues au tremblement sénile (Cadet de Gassicourt). Son époque d'apparition est, en général, le commencement de la deu-

xième période de la maladie, alors que celle-ci est confirmée (Rilliet et Barthez).

Il est apparu une fois le septième jour d'une méningite qui s'est terminée le neuvième.

Nous l'avons vu coïncider deux fois sur quatre avec un début marqué par des convulsions, et quatre fois avec du nystagmus. Quelquefois il est peu intense, passager, localisé aux avant-bras, avec ou sans prédominance dans l'un des deux ; d'autres fois, il est très fort, presque généralisé, envahit les muscles des membres et de la face.

Dans le cas que nous résumons plus haut, le tremblement s'est montré dès le début, uni à des secousses convulsives moins fréquentes et d'une plus grande amplitude. Le tremblement fut d'abord localisé au membre supérieur gauche qui était légèrement contracturé. Le bras un peu écarté du tronc, l'avant-bras et la main fléchis, et celle-ci agitée d'un tremblement continuel. Le septième jour, le côté gauche de la face, le muscle orbiculaire des paupières, grand zygomatique, les muscles de l'œil, du membre supérieur gauche se mirent aussi à trembler. Les autres symptômes étaient du reste absolument classiques, nous ne les mentionnons donc pas. Le coma et l'immobilité survinrent le onzième jour, avant-veille de la mort, et l'autopsie, nous l'avons dit, ne nous montra que les lésions habituelles de la méningite tuberculeuse.

Quant au *nystagmus*, c'est un symptôme analogue au précédent ; le tremblement se localise aux muscles extrinsèques de l'œil. Il semble même qu'il ait une prédilection particulière pour ceux-ci, car nous l'avons observé

cinq fois, et il s'est toujours montré antérieurement au tremblement des extrémités, dans les cas où celui-ci est survenu. Quatre fois les deux phénomènes ont coexisté chez le même malade, une fois le nystagmus est resté seul, mais jamais il n'y a eu de tremblement des membres sans nystagmus.

Celui-ci peut être permanent ou passager. Dans notre première observation il existait dès l'âge de quinze mois et n'a cessé qu'à la mort, à la suite d'une méningite, près de deux ans après les premiers accidents nerveux. L'autopsie ne nous a montré aucune lésion capable de l'expliquer. Il en a été de même dans les quatre autres cas, où nous avons eu l'occasion de noter l'existence du nystagmus. Mais dans ces observations il a duré peu de temps, est apparu du neuvième au onzième jour, et ne s'est pas prolongé au delà de trois ou quatre jours.

On rattache le plus souvent le nystagmus à des lésions cérébelleuses, surtout à des tumeurs du plancher du quatrième ventricule.

Il suffit de rappeler les expériences de M. Duret (1) qui le produisit, artificiellement, chez des animaux, par l'excitation mécanique de l'angle supérieur du quatrième ventricule, à l'entrée de l'aqueduc de Sylvius. MM. Cadet de Gassicourt et Abadie ont publié (2) une belle observation de tumeur encéphalique, qui s'était traduite par un nystagmus constant de plus de sept mois de durée. La tumeur, un kyste hydatique flétri, avait été

(1) Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux.
(2) Revue mensuelle des maladies de l'enfance, mars 1883.

localisée, pendant la vie du malade, au plancher du quatrième ventricule. L'autopsie a pleinement démontré la réalité de cette localisation.

Enfin, nous nous souvenons d'avoir vu à plusieurs reprises, sur la table d'autopsie, des tumeurs cérébelleuses, indépendantes de toute méningite tuberculeuse, provenant du service de M. Triboulet ; chacun de ces cas s'était accompagné de nystagmus pendant la vie.

Si donc ce symptôme permet fréquemment de faire le diagnostic de tumeur du cervelet, il arrive bien souvent aussi, qu'il existe en dehors de toute lésion en foyer ; nous en avons vu cinq exemples. Dans un cas même, par sa persistance, il nous a induit en erreur et fait croire à une tumeur qui, en réalité, n'existait pas. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits, dans lesquels tout semble plaider en faveur d'un néoplasme encéphalique et dans lesquels l'autopsie est négative à cet égard.

La *respiration*, dans la méningite tuberculeuse, arrivée à la période d'état, prend une forme tout à fait caractéristique, irrégulière, entrecoupée de soupirs. C'est un symptôme constant ; aussi n'est-ce pas de cette altération classique du rhythme respiratoire que nous voulons parler, mais bien de la forme particulière, désignée sous le nom de *type de Cheyne-Stokes*, qui est moins constante, moins connue que l'autre.

« La respiration, dit Henoch, qui avait déjà précé-
« demment manifesté des irrégularités, des inspirations
« suspirieuses, présente presque toujours, dans les 24
« ou 48 dernières heures, le phénomène de Cheyne-
« Stokes, soit dans sa forme classique, soit dans une forme

« un peu différente ». Nous pensons que l'auteur allemand a peut-être exagéré en disant *presque toujours*, car pour nous, malgré une observation attentive, nous n'avons noté qu'une seule fois un rhythme respiratoire qui se rapprochât de celui auquel nous faisons allusion. Sans doute les irrégularités de la respiration se prolongent, et vont le plus souvent en s'accentuant jusqu'à la mort ; mais de là au type régulier de Cheyne-Stokes il y a encore loin.

Quoi qu'il en soit, on peut observer le fait, et voici dans quelle circonstance nous en avons été témoin.

Un garçon de trois ans nous est apporté au neuvième jour d'une méningite, dans un état extrêmement grave.

Nous n'avons que peu de renseignements sur les événements antérieurs. Nous savons seulement que la maladie a débuté par les symptômes fondamentaux, mais que la constipation a fini par céder à des purgatifs répétés.

Le septième jour sont survenues des convulsions généralisées aux quatre membres, et le huitième le malade est tombé dans le coma, dont il n'est pas sorti encore, au moment où nous le voyons pour la première fois.

Nous constatons alors un état de contracture de tous les muscles extenseurs, qui permet de soulever l'enfant par l'occiput et les talons, sans que le tronc fléchisse.

La sensibilité est partout très diminuée.

Les réflexes manquent, si l'excitation n'est pas très forte ; dans le cas contraire, elle produit une recrudescence des contractures.

La température est à 40°,9.

La respiration revêt le type de Cheyne-Stokes. La période d'*hyperpnée* dure une minute et demie, le nombre des inspirations s'élève alors à cent par minute, les mouvements thora-

ciques sont larges, l'inspiration profonde et bruyante, les ailes du nez battent. En même temps les paupières se soulèvent un peu, les muscles extenseurs des membres se contractent plus violemment, l'enfant pousse quelques gémissements et le pouls bat avec une grande rapidité, environ deux cents fois par minute.

La transition entre la phase que nous venons de décrire et la période d'*apnée* est brusque. La respiration devient superficielle et moins fréquente, le nombre des inspirations tombe de cent à soixante par minute, les ailes du nez cessent de battre, les yeux se referment, les membres, tout en restant contracturés, retombent dans l'immobilité, les gémissements s'arrêtent et le pouls ne bat plus que cent vingt fois par minute.

Cette phase de calme relatif se prolonge deux minutes, et fait place, avec la même brusquerie, à la période d'hyperpnée. Les événements se succèdent avec une grande régularité. Le cycle complet dure donc trois minutes et demie.

En réalité, il n'y a pas d'apnée véritable, mais bien deux périodes à peu près égales en durée, pendant chacune desquelles la respiration se modifie dans son rhythme et dans son ampleur.

Pendant la phase d'hyperpnée, le malade sort très peu de la torpeur dans laquelle il est plongé.

Nous remarquons, en outre, qu'on peut provoquer artificiellement l'éclosion de la période dyspnéique, en pinçant ou en piquant fortement le malade, de façon à le faire sortir un peu de son état comateux.

La mort est survenue quelques heures après notre examen, par asphyxie croissante et sans nouveau symptôme.

A l'*autopsie* nous avons trouvé des granulations miliaires généralisées à tous les organes. Poumons, foie, rate, reins, à leur surface et dans leur épaisseur.

A la base du poumon gauche, se trouvaient, en outre, des lésions plus anciennes; masses caséeuses volumineuses.

Les méninges étaient criblées de granulations, et à la base de l'encéphale, vers la protubérance, il y avait un exsudat opalescent sous l'arachnoïde.

Pas d'autres lésions intra-crâniennes, les ventricules ne renfermaient pas un volume exagéré de liquide céphalo-rachidien.

Il n'y avait pas de stéatose du muscle cardiaque.

On connaît les diverses théories pathogéniques du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. Nous renvoyons les personnes que le sujet pourrait intéresser à la remarquable thèse du Dr Charles Saloz (1), car il nous est impossible, même de les énumérer ici. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que Traube, le premier, a observé ce phénomène dans plusieurs états pathologiques, entre autres dans la période terminale de la méningite tuberculeuse et que, dès lors, le plus grand nombre des médecins d'enfants, c'est-à-dire ceux qui observent souvent cette affection, signalent le type de Cheyne-Stokes, comme survenant quelquefois dans sa période ultime.

Le tracé de la température revêt quelquefois le type auquel Roger et Archambault attachent une si grande valeur diagnostique, cependant ces cas ne sont pas fréquents, et nous n'en avons pas observé de semblables. Il est vrai, que les malades nous sont le plus souvent apportés, après la fin de la première période de la maladie.

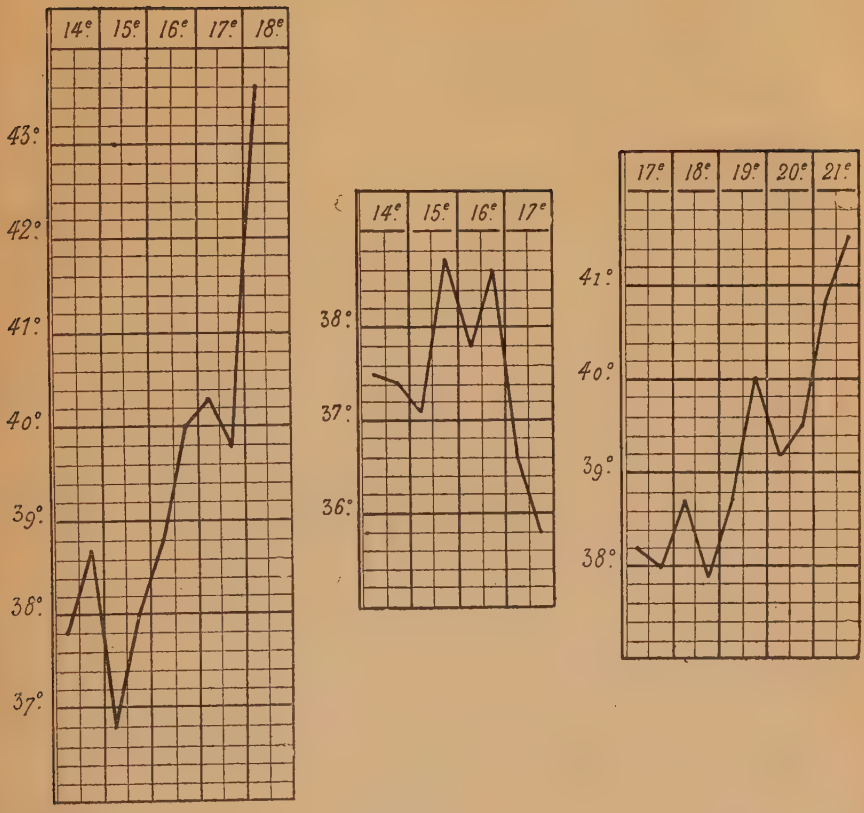
Un fait qui nous a paru avoir une importance beaucoup plus grande, c'est celui sur lequel M. Cadet de Gassicourt a attiré bien souvent notre attention, à savoir, le désaccord qui existe fréquemment entre la gravité des symptômes et le peu d'élévation de la température.

(1) Ch. Saloz. Phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. Genève, 1881.

Ce désaccord constaté pendant deux ou trois jours, en prenant les mensurations thermométriques soir et matin, peut faire pencher le diagnostic, avec une presque certitude, vers l'existence d'une méningite; en tout cas il éloigne l'idée d'une fièvre typhoïde, et c'est presque toujours entre ces deux affections que se pose la question. Nous pensons donc que ce fait a une réelle valeur et, après l'avoir constaté à plusieurs reprises, nous ne saurions trop attirer l'attention sur lui.

Une autre bizarrerie de la courbe thermométrique, c'est la physionomie qu'elle revêt dans les derniers jours ou les dernières heures de la maladie. M. Cadet de Gassicourt l'a étudiée sur soixante tracés différents et l'a vue trente-six fois s'élever à une plus ou moins grande hauteur, au-dessus du niveau auquel elle était restée pendant la durée de la méningite, douze fois elle est restée stationnaire, et douze fois elle s'est, au contraire, abaissée au-dessous de la normale.

Nous avons sous les yeux huit tracés, dont cinq nous montrent une élévation terminale, qui a parfois atteint une grande hauteur: 43°,6; dans deux cas le tracé ne s'écarte pas du niveau auquel il s'est maintenu jusqu'alors; dans le dernier il s'abaisse très notablement: 35°,8. Voici du reste les plus remarquables de ces courbes :



Henoch (1) qui a très bien remarqué ces particularités et qui regarde, comme nous, l'élévation agonique de la température comme beaucoup plus fréquente que l'abaissement, en a recherché les causes physiologiques.

D'après cet auteur, il ne faut pas considérer cette augmentation de chaleur comme l'expression d'un accès

(1) Annales de la Charité. IVe année, p. 505. Berlin.

de fièvre terminal ; la fièvre joue, en effet, un rôle bien secondaire dans la maladie qui nous occupe. La cause n'en doit pas non plus être cherchée dans les convulsions ultimes du malade, ou les complications phlegmasiques du côté des poumons, car convulsions et pneumonies peuvent manquer, et néanmoins le thermomètre s'élever dans les dernières heures de la vie, de même ces complications peuvent exister, et la température rester stationnaire ou s'abaisser.

Henoch regarde donc les phénomènes thermiques ultimes, comme étant sous la dépendance de deux centres régulateurs de la chaleur, dont le siège serait « *à la limite du cerveau et de la moelle épinière* ». Est-ce le centre modérateur de la chaleur qui est atteint, comme cela se voit aussi chez les adultes qui succombent à une paralysie des fonctions cérébrales, le thermomètre s'élève; est-ce, au contraire, le centre producteur de la chaleur qui est pris, le thermomètre s'abaisse alors au-dessous de la normale. L'explication nous paraît judicieuse, c'est pourquoi nous avons voulu la rappeler ici.

Le *diagnostic* de la méningite est souvent assez facile presque dès le début de la maladie. Lorsque le trépied méningitique existe, lorsque les phénomènes nerveux sont accusés, les difficultés sont pour ainsi dire nulles. Il n'en est pas toujours ainsi, et très fréquemment l'indécision des symptômes, leur peu de netteté, leur contradiction même rendent le diagnostic extrêmement difficile, et ce n'est qu'après plusieurs jours d'un examen sérieux que l'opinion se forme.

On peut ainsi avoir une tendance à méconnaître une

méningite tuberculeuse, à la confondre avec une fièvre typhoïde. Nous pourrions citer plusieurs de nos observations, où le diagnostic est resté hésitant jusqu'à une époque assez avancée de la maladie, où même il n'a été définitivement établi que peu de jours avant la mort. Comme le dit M. Cadet de Gassicourt, les symptômes méningitiques s'accumulent alors dans les derniers jours de la vie, et ce phénomène se rencontre surtout chez les jeunes enfants, qui rendent si mal compte de leurs sensations. Mais c'est là un fait assez vulgaire, sur lequel nous n'insistons pas.

Moins nombreux et plus importants sont les cas, où l'on prend pour une méningite une affection qui ne l'est pas, et où le médecin peut être conduit à laisser deviner la crainte dans laquelle il se trouve, et à laquelle les événements ne tardent pas à donner un éclatant démenti.

Tel est le cas d'un garçon de neuf ans qui, quatre ans auparavant, a été soigné pour de l'anasarque. Depuis cette époque, il a eu de la diarrhée presque continuelle, une toux fréquente et des sueurs nocturnes.

Il était aussi très nerveux, avait des crises de pleurs et de rires.

Il est entré dans nos salles le 5 janvier, avec une céphalalgie très intense. Il avait eu deux vomissements dans les 24 heures précédentes, mais les selles étaient normales.

La céphalalgie persista les deux jours suivants, l'enfant portait constamment les mains à la tête. La langue était blanche. Les vomissements durèrent et furent très fréquents, le ventre et les garde-robes restèrent normaux. Le pouls était régulier à 104, la température à 38°. Le malade était très abattu.

Nous étions dans un grand embarras qui ne se prolongea

heureusement pas, car le 8 janvier la douleur avait disparu, l'enfant jouait sur son lit. Les vomissements cessèrent peu après, l'appétit revint et la guérison était complète le 10 janvier.

Nous n'avons jamais su à quoi nous avions eu affaire.

2° Le 31 janvier nous recevions, sans aucun renseignement sur son état antérieur, un petit garçon de quatre ans, très grognon et abattu, avec un peu de diarrhée et une température de 39°,2.

Le 3 février la somnolence était grande ; il y avait eu deux vomissements, et une seule selle en diarrhée par jour.

Le pouls était à 120, régulier. La température à 37°,7.

On entendait quelques râles aux deux bases. Nous étions au huitième jour de la maladie, et il n'y avait pas de taches rosées sur le ventre.

Le lendemain la méningite parut s'affirmer. Le malade était très abattu, très grognon, criait lorsqu'on le dérangeait, semblait fuir la lumière, restait pelotonné dans son lit, en « chien de fusil », les yeux fermés, les pupilles normales.

Il avait vomi deux fois et avait eu une garde-robe liquide depuis la veille. Le ventre restait normal, sans tache, ni raie méningitique bien nette.

Le pouls, régulier, battait 124, la température, par son peu d'élévation, nous donnait beaucoup à réfléchir, elle était normale le matin et dépassait très peu 38° le soir.

La respiration était régulière.

Il y avait une légère hyperesthésie, pas de contracture de la nuque. Rien à l'auscultation.

Tous ces symptômes s'amendèrent très rapidement, à partir du 5 février, dixième jour ; la température resta tout à fait normal, matin et soir.

L'assoupissement disparut, et le 15 février l'enfant nous quitta guéri.

Nous n'avions pas eu sous les yeux une fièvre typhoïde, car la fièvre avait été nulle à partir du dixième

jour, il n'y avait pas eu de taches, et la diarrhée était restée très modérée. Nous pensons que ce cas doit être rapproché de ceux que nous avons mentionnés au chapitre de la fièvre typhoïde sous le nom d'embarras gastriques fébriles.

Enfin nous désirons rapporter la très curieuse observation suivante, d'*arthrite cervicale aiguë* ayant simulé une méningite tuberculeuse.

Un garçon de quatre ans nous est présenté le 16 juin. Il a perdu un frère, de méningite.

Le début de l'affection pour laquelle on nous l'amène, paraît avoir été brusque. Les jours qui l'ont précédé, l'enfant n'avait rien présenté de particulier, la santé était parfaite.

Le 13 juin, il accompagna son père aux bains froids; quand il vit celui-ci plongé dans l'eau, il fut pris de terreur, se mit à crier : « Papa va mourir »; puis tout le reste de la journée il eut une grande agitation.

Le lendemain, 14 juin, on lui fit prendre un vomitif, et les vomissements ne cessèrent plus dès lors. La constipation fut absolue et, depuis la veille de son entrée, il s'y joignit de la céphalalgie, que l'enfant accusa par des cris et des plaintes. Les nuits furent très agitées.

Donc, *vomissements*, *constipation*, *céphalalgie*, *cris et agitation*, tel était le tableau que nous présentait le malade à son entrée.

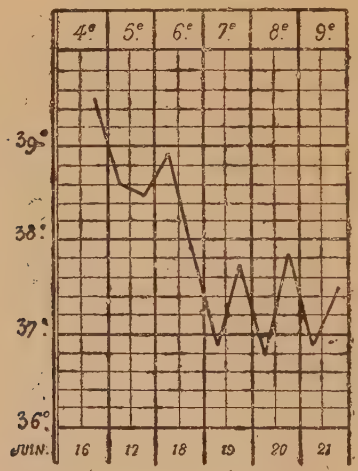
Le délire survint, en même temps qu'une grande indifférence aux choses extérieures.

L'enfant restait étendu, dans une pose abandonnée, avec du mâchonnement, du grincement de dents et de temps à autre, une convulsion.

Le ventre était souple, non rétracté, sans raie méningitique. Les pupilles, égales, étaient dilatées, il n'y avait pas de stra-

bisme, pas de raideur de la nuque, mais un peu d'hyperesthésie.

La température s'élevait à 39°,5, le pouls battait 100 fois par minute, très irrégulièrement, la respiration était entrecoupée de profonds soupirs. Il n'y avait aucun signe morbide à l'auscultation. Le diagnostic de méningite s'affirmait.



Le 18 juin, sixième jour, nous notions une grande amélioration, l'intellect était meilleur, l'enfant était calme, la respiration et le pouls réguliers, la température s'abaissait au-dessous de 39°.

Seulement la constipation persistait, malgré l'administration d'une dose de calomel, et il y avait un peu de *raideur douloureuse de la nuque.*

Le septième jour, la céphalalgie persistait, la raideur de la nuque avait augmentée, la raie méningitique se produisait lentement, la langue était blanche, le calomel avait provoqué une selle peu copieuse, tous les autres symptômes étaient négatifs.

L'état général devenait encore meilleur le huitième jour, la température restait normale.

Nous trouvions toujours une douleur persistante à la région cervicale postérieure. La nuque était raide ainsi que le tronc.

L'enfant poussait des cris lorsqu'on voulait l'asseoir ou qu'on exerçait une pression sur les vertèbres cervicales.

Notre incertitude, déjà assez grande, augmenta encore le neuvième jour, à cause de la somnolence, de la douleur cervicale persistante, des bouffées de chaleur qui envahissaient la face et de la constipation qui était revenue.

La douleur de la nuque était réveillée par la pression sur les vertèbres, par la flexion de la tête, un peu par son extension, nullement par les mouvements de latéralité qu'on lui imprimait.

Voici ce que nous écrivions le 22 juin, dixième jour : L'enfant est assez gai, il parle, il obéit à tous les ordres ; en somme il ne présente plus aucun symptôme de méningite, néanmoins la constipation persiste et surtout les douleurs de la nuque sont très vives à la pression.

Le 23 juin, ces douleurs étaient beaucoup moins accusées, elles se réveillaient seulement dans les mouvements qu'on imprimait à la tête, plus du tout par la pression.

Le 24, toute douleur avait disparu et le 25, treizième jour, l'enfant pouvait être considéré comme guéri.

Nous l'avons revu dans le courant de l'année, à plusieurs reprises, la guérison ne s'est pas démentie.

En somme, nous avons assisté à une arthrite aiguë, probablement de nature rhumatismale, des vertèbres cervicales, arthrite s'étant accompagnée de symptômes de méningite.

Ceux-ci étaient-ils dus à un certain degré d'inflammation des méninges spinales, qui se serait propagée à celles

de la base de l'encéphale ? nous l'ignorons, mais rien ne nous empêche de le supposer.

On voit, par ces exemples, combien les difficultés du diagnostic peuvent être grandes, et à quel point il faut être réservé, avant d'incriminer la méningite tuberculeuse qui nous laisse désarmés et sans espoir.

CHAPITRE VI

TUMEURS CÉRÉBRALES — CONVULSIONS

Personne ne méconnaît la fréquence, ni l'importance des tumeurs, et surtout des tubercules cérébraux, chez les enfants. On peut les rencontrer à tout âge ; si Rilliet et Barthez pensent qu'ils sont plus fréquents entre trois et cinq ans, Henoch, d'autre part, en a rencontré dix sur douze chez des enfants de moins de deux ans.

Ce qui paraît singulier à première vue, c'est que, même volumineuses, les tumeurs peuvent passer tout à fait inaperçues pendant la vie, le cerveau s'accoutumant, pour ainsi dire, à leur présence, le tissu nerveux s'écartant pour leur faire place, grâce à la lenteur avec laquelle elles s'accroissent. Dans ces cas, les tubercules sont donc une trouvaille d'autopsie, la littérature médicale en offre de nombreux exemples, et nous-mêmes possédons une observation dans laquelle un tubercule, gros comme une forte noisette fut trouvé à l'autopsie d'un enfant de dix-neuf mois, mort de broncho-pneumonie tuberculeuse. Cette tumeur siégeait à la face profonde de la dure mère et comprimait le lobe occipital et le cervelet du côté gauche, sans que cette compression ait produit aucun trouble pendant la vie du malade.

Mais souvent, au contraire, les symptômes sont assez nets pour qu'on puisse affirmer l'existence de la tumeur, et même quelquefois la localiser.

Cependant, hâtons-nous d'ajouter qu'il faut user d'une extrême prudence dans la localisation d'une tumeur cérébrale chez un enfant ; nous dirons de plus, et nous le prouverons dans la suite, que cette prudence doit être conservée, même pour le diagnostic de l'existence de la tumeur, en dehors de toute tentative de localisation. Les cas où nous avons été induit en erreur sont trop nombreux, comparés à ceux dans lesquels notre diagnostic s'est vérifié, pour que nous ne conservions pas bien des doutes, lorsqu'il s'agit de reconnaître l'existence d'un néoplasme cérébral.

Les symptômes les plus importants du début, la céphalalgie, les vomissements et les convulsions peuvent manquer, et ce n'est souvent que lorsque les troubles moteurs et oculaires sont survenus, que l'on peut faire un diagnostic précis.

On sait que les tumeurs de la base du cerveau, de la région des pédoncules et de la protubérance, sont les plus fréquentes, et celles-ci s'accompagnent d'une paralysie des nerfs de la troisième paire (strabisme divergent, mydriase, ptosis) du côté de la lésion, et d'une hémiplégie du côté opposé, intéressant la face et quelquefois aussi les membres.

Ces symptômes se sont trouvés au complet chez un petit garçon de deux ans et demi, que nous avons pu observer à partir du mois de juillet, jusqu'à sa mort. Voici son histoire :

Il est très rachitique, le thorax et les membres sont déformés ; il n'a jamais marché. Depuis longtemps on s'est aperçu d'une certaine faiblesse du bras droit, l'enfant ne pouvait tenir un objet. Il y a six semaines que l'oculo-moteur commun gauche s'est pris.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons une paralysie de la paupière supérieure gauche, un strabisme externe du même côté et une dilatation très grande de la pupille gauche. Les membres droits sont un peu parésiés. La face est normale. L'état général est bon, l'enfant n'est pas très intelligent.

Le 7 juillet, deux jours après l'entrée du malade, l'hémiparésie droite semble avoir un peu augmenté, il s'y est joint un certain degré de paralysie du facial inférieur droit. Le nerf moteur oculaire gauche est resté dans le même état. Nous donnons 0,50 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

Les jours qui suivirent, les symptômes allerent en s'atténuant. Le 15 juillet, la paupière gauche se relevait assez bien, le strabisme et la mydriase n'existaient plus.

Le 21, toute paralysie oculaire avait disparu, et l'hémiplégie droite était à peine sensible.

Nous étions très surpris de ces résultats, sans oser les attribuer à l'iodure de potassium. Ni les parents, ni l'enfant n'avaient jamais présenté de manifestation syphilitique. Le début de l'affection avait été des plus insidieux et ne s'était marqué par aucun symptôme tels que vomissements, céphalalgie, convulsions ; le petit malade n'avait pas cessé d'être gai, mangeant bien et jouant, sans accuser la plus petite douleur. Il nous quitta bientôt parfaitement guéri en apparence.

Il nous fut ramené le 3 novembre, environ six mois après l'apparition des premiers symptômes.

La mère nous raconta que depuis quinze jours, son enfant allait plus mal.

L'œil gauche, pendant ce temps, s'est de plus en plus refermé, le côté droit du corps, puis le gauche à son tour ont été pris de paralysie. Des attaques convulsives fréquentes sont ensuite

survenues, le malade toutes les cinq ou dix minutes se raidissait, se renversait en arrrière.

La déglutition est devenue difficile, la constipation absolue depuis quatre jours.

Nous trouvons en effet l'enfant dans l'état suivant:

La tête est renversée sur l'épaule droite sans contracture bien forte. La nuque et le tronc sont contracturés.

L'oculo-moteur gauche est très sérieusement pris, dilatation de la pupille, strabisme externe, chute de la paupière.

Les mouvements convulsifs sont constants et s'accompagnent de tremblements des quatre membres. Ceux-ci sont contracturés, les pouces dans l'abduction, les pieds dans l'extension et l'adduction, les orteils et les doigts dans la flexion.

La contracture est beaucoup plus marquée à droite.

La face est paralysée du côté droit.

Les convulsions sont fréquentes, les plaintes et les gémissements constants, le coma paraît absolu.

La mort est survenue sans nouveau symptôme, le 5 novembre.

Autopsie. — Le pédoncule cérébral gauche est le siège d'une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, dont le tissu est dur, blanchâtre, caséeux au centre.

Elle occupe toute l'épaisseur du pédoncule dont le tissu nerveux paraît avoir disparu.

Tout autour de la tumeur, qui comprime les organes environnants, il y a de l'encéphalite; la pulpe cérébrale de la région avoisinante est molle, rouge, diffluente.

La tumeur s'est creusé une sorte de loge dans le côté interne du pédoncule cérébral droit dont le tissu est également très altéré. En arrière, du côté du cervelet, il y a aussi un ramollissement de la substance cérébrale, de sorte que le néoplasme, entouré d'une sorte d'atmosphère de ramollissement, peut s'énucléer avec une grande facilité.

Le nerf de la troisième paire à gauche est comprimé.

Dans le lobe occipital gauche, à sa partie externe, sous la substance grise, se trouve un petit tubercule gros comme un pois.

Les méninges de la convexité sont rouges, hyperhémiées par places, la pie-mère y présente des plaques opalescentes sans granulations. Les ganglions médiastinaux sont caséeux.

En résumé, cette observation nous montre un tubercule pédonculaire volumineux qui s'est traduit à sa période d'état par les symptômes classiques de ce genre d'affections.

Mais le début a été très peu marqué, et surtout, il y a eu une amélioration qui a duré près de deux mois, pendant laquelle les symptômes avaient disparu au point de laisser croire à une guérison.

Mais en présence de ce début si peu net, on comprendra à quel point les erreurs de diagnostic sont faciles.

Il est en effet extrêmement fréquent de rencontrer des cas où la présence d'une tumeur cérébrale paraît des plus évidente, et où, cependant, l'autopsie ne fait découvrir aucune lésion capable d'expliquer les symptômes notés pendant la vie.

Nous en avons pour notre part observé trois cas dans le courant de l'année dernière, et, cette année encore, le service de M. Cadet de Gassicourt en a offert un nouvel exemple.

Nous renvoyons tout d'abord le lecteur à l'observation que nous publions dans la partie de notre travail consacrée à la méningite tuberculeuse, et qui trouverait aussi bien sa place ici. L'enfant qui en a fait l'objet présentait en effet, depuis plus d'un an et demi, des symptômes de tumeur cérébrale, des convulsions, du tremblement des extrémités et du nystagmus, lorsqu'il fut

emporté par une méningite dont la première période a évolué d'une façon très singulière. Nous n'avons trouvé chez lui que les lésions banales de la méningite tuberculeuse.

Dans un autre cas analogue, nous avons eu sous les yeux un petit garçon de trois ans qui, sans cause appréciable, à partir de l'âge de dix mois, a eu des crises convulsives caractérisées par des cris, des rires, de l'écume à la bouche ; les yeux se convulsent en haut, les quatre membres se raidissent, les deux mains se placent dans la pronation forcée.

Au début, ces crises se répétaient une seule fois chaque jour, mais depuis quinze jours elles ont augmenté, au point de survenir vingt à trente fois dans les 24 heures. Dans l'intervalle des crises, l'enfant est endormi et abattu.

Les pupilles sont dilatées, mais égales, les yeux agités de nystagmus, il n'y a pas de strabisme.

Les membres supérieurs et inférieurs sont en contracture intermittente, entrecoupée par des mouvements convulsifs de flexion et d'extension et par des spasmes, avec cyanose de la face.

La sensibilité est obtuse, les réflexes conservés, la vue paraît abolie, les pupilles réagissent cependant à la lumière.

Il n'y a aucune lésion rétinienne.

L'enfant pousse quelques plaintes.

Il n'y a ni vomissements, ni constipation. La température, la respiration et les pulsations sont normales.

En somme, aucun symptôme de méningite.

La mort est survenue dans le coma, le surlendemain de l'entrée du malade dans le service.

A l'*autopsie*, nous n'avons trouvé aucune lésion des organes thoraciques ni abdominaux.

Le cerveau avait une dureté toute spéciale, analogue à celle qu'elle acquiert par un séjour prolongé dans l'alcool. La

couche superficielle de la substance grise se détachait par lambeaux. Les méninges ne sont du reste pas adhérentes aux circonvolutions. Il n'y a aucune lésion en foyer.

Enfin, qu'il nous soit permis de citer encore l'observation suivante, et on verra à quel point les erreurs de diagnostic peuvent être faciles lorsqu il s'agit de lésions cérébrales de l'enfance.

Le père est mort phtisique il y a un mois; il ne paraît pas qu'il ait jamais eu la syphilis.

La mère fut prise, à la mort de son second enfant, d'accidents nerveux convulsifs dont la nature paraît difficile à déterminer; il s'agissait, selon toute probabilité, de phénomènes hystériques et maniaques. Sauf cela, sa santé a toujours été bonne.

Elle a eu six enfants ; les quatre premiers sont morts ; l'un est mort-né, un autre est mort à la suite d'une chute, le troisième a succombé à une coqueluche compliquée de tuberculose, le quatrième, à la tuberculose. Celui qui fait l'objet de cette observation est le cinquième, il a deux ans et demi; le dernier est bien portant.

Notre malade est rachitique à un degré moyen. Il n'a que huit dents.

A chaque évolution dentaire il a eu des convulsions. Celles-ci sont caractérisées par des contractions des muscles des yeux, des cris, des garde-robes involontaires et de l'écume s'échappant de la bouche.

Ces attaques, rares d'abord, sont devenues très fréquentes, se renouvelant dans les derniers temps jusqu'à douze fois par jour. Dans l'intervalle, il avait des contractions brusques des membres, sortes de soubresauts.

Le début de l'état actuel n'a été marqué par aucune manifestation brusque qui ressemblât à une méningite. L'enfant, qui jusqu'alors paraissait intelligent, parlait un peu, disait : « Papa,

maman », et comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait. Mais il y a cinq semaines, il commençait à perdre la parole, il ne prononçait plus : « papa »; quelques jours après, il ne disait plus « maman ». Il restait sans demander à manger, comme idiot, cherchait à griffer son petit frère et les personnes qui l'entouraient, sans aucun motif. Cet état d'affaissement intellectuel progressif a duré quinze jours, au bout desquels l'enfant est devenu ce qu'il est au moment où nous le voyons pour la première fois, c'est-à-dire dépourvu de toute lueur d'intelligence, triste, morose.

Les pupilles sont dilatées, il y a du strabisme intermittent.

De temps à autre, il survient des mouvements convulsifs, des spasmes des membres supérieurs. Il n'y a pas d'asymétrie bien nette du crâne.

Les mouvements convulsifs des membres sont provoqués facilement par le chatouillement de la plante des pieds, ils se généralisent parfois aux quatre membres, et s'accompagnent d'un grimacement de la face.

Le 25 janvier, survint de la tétanie, les extrémités prirent la position la plus habituelle à cette affection. Les garde-robes étaient normales. Pas d'albumine dans l'urine.

Les jours suivants, la tétanie persista avec quelques intermittences; il s'y joignit du trismus, qui n'empêchait pas l'enfant de boire.

Les 30 et 31 janvier, l'enfant eut de petites crises convulsives, limitées aux yeux et au pharynx et caractérisées par un battement rapide des paupières pendant quelques secondes, puis par la fixité du regard, en même temps que par un ronflement et une gêne respiratoire assez forte.

Il n'y avait pas de convulsions des extrémités, mais l'état de contracture y persistait.

Les garde-robes étaient normales, les vomissements n'existaient pas.

La vue était conservée. La raie méningitique apparaissait assez nette.

Le 2 février, toute contracture avait disparu, les petites crises spasmodiques persistaient cependant.

A partir de ce jour, le malade se tuberculisa avec une grande rapidité. Les signes pulmonaires se trouvent rapportés à notre article sur le pneumothorax.

Le 17 février, les convulsions furent très marquées avec prédominance du côté droit, dans les deux membres ; elles se prolongèrent toute la nuit avec plaintes, cris, gémissements et trismus.

L'affaiblissement fit de rapides progrès, la tuberculose emporta le malade, le 1er mars, sans nouveaux symptômes marqués, excepté du strabisme, le dernier jour.

L'*autopsie* ne nous révéla aucune lésion cérébrale, ni méningée, mais des désordres dus à la tuberculose, que nous avons décrits ailleurs.

Voilà donc trois observations qui se ressemblent par l'évolution de la maladie et par l'absence complète de lésion en foyer dans l'encéphale. Dans toutes les trois, nous avons noté des convulsions épileptiformes prolongées pendant très longtemps, revenant avec une plus ou moins grande fréquence, accompagnées de tremblement, de nystagmus, de contractures et de plusieurs autres phénomènes analogues. Chaque fois, appuyé par l'autorité de notre maître, nous avons pensé que nous trouverions à l'autopsie quelque néoplasme cérébral. Notre attente à été trois fois trompée. Dans un cas, il s'agissait d'une méningite tuberculeuse ; dans un autre, le cerveau était dur, comme sclérosé ; dans le troisième il était tout à fait dépourvu de lésions. Et, nous le repétons, ces faits sont loin d'être rares, puisque, chaque année, on en peut observer de semblables dans tous les hôpitaux d'enfants.

Quelle interprétation peut-on donner de faits semblables? Les convulsions idiopathiques des enfants se voient, comme chacun le sait, dans la première enfance. Elles apparaissent à l'occasion d'une cause quelconque, qu'on trouve presque toujours; elles sont ordinairement passagères, reviennent à de plus rares intervalles, ne s'accompagnent pas de troubles nerveux permanents, cessent avec la cause qui les a fait naître et, dans l'immense majorité des cas, n'entraînent pas la mort du malade. « Presque toutes les fois, disent Rilliet et Barthez, « que les convulsions se reproduisent coup sur coup, « chez un enfant qui a dépassé la seconde année, elles « dérivent d'une affection encéphalique ».

La lésion reste donc à trouver et à décrire dans les cas qui nous occupent. Elle existe, nous en avons la certitude, mais on ne l'a pas trouvée encore. Nous la signalons à l'attention des micrographes.

CHAPITRE VII

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

L'enfant qui fait l'objet de cette observation est un garçon de trois ans et demi, qui nous a été envoyé le 20 octobre par un médecin de la ville, avec les renseignements suivants : Il était, paraît-il, depuis son retour de la campagne, qui remonte à dix mois environ, en butte aux mauvais traitements de ses parents. Le prétexte de ces scènes violentes, dont les voisins, dit-on, étaient révoltés, résidait dans une incontinence habituelle de l'urine et des matières fécales.

Le caractère de l'enfant s'était peu à peu modifié : il devenait morose et craintif, de doux et gai qu'il était auparavant; son intelligence s'en était également ressentie.

C'est le 7 octobre, que le médecin fut appelé pour la première fois auprès du petit malade. Voici ce qui s'était passé.

La veille il était sorti avec ses parents ; la nuit avait été bonne; à midi, il avait déjeuné comme d'habitude, mais, à une heure, des vomissements étaient apparus.

A trois heures, le Dr Labat, qui a bien voulu nous communiquer tous ces détails, constate un état grave : l'enfant est dans une prostration complète, la face est vultueuse, l'abdomen météorisé et la fièvre intense.

A huit heures du soir, surviennent des convulsions des membres et de la face, du côté gauche seulement.

Le lendemain, 8 octobre, on constata une hémiplégie gauche complète, un état de prostration absolue et une bosse sanguine

de la région occipitale. D'où provenait cette bosse ? était-ce un coup reçu par l'enfant, une chute ? Les parents ne savaient, ou ne voulaient pas l'expliquer.

La fièvre et les phénomènes aigus, dont nous n'avons pas pu suffisamment éclaircir la nature, prirent fin le 17 octobre, dix jours après le début des accidents. L'hémiplégie seule persista; et c'est le 20 octobre que le malade entra à l'hôpital.

Etat constaté à l'entrée : L'enfant est dans le décubitus dorsal ; les membres supérieur et inférieur gauches retombent flasques sur le plan du lit, lorsqu'après les avoir soulevés on les laisse tomber ; ils sont parfaitement incapables de se mouvoir.

Du côté de la face, nous notons également une hémiplégie gauche ; le côté correspondant est immobile dans le rire et les pleurs, les plis se sont effacés. Il y a un abaissement marqué de la commissure labiale gauche. Les deux paupières se ferment bien. Les muscles du cou et du tronc se contractent normalement. La langue paraît un peu déviée à gauche ; la luette et le voile du palais sont intacts.

La sensibilité est extrêmement obtuse dans tout le côté gauche ; lorsqu'on l'explore avec une épingle, l'enfant n'accuse de la douleur que lorsque la peau est traversée presque dans toute son épaisseur. La sensibilité à la température paraît intacte.

Le réflexe plantaire est aboli à gauche, normal à droite. Le réflexe rotulien est conservé des deux côtés, ainsi que ceux de la paupière et de la pupille.

Les pupilles sont égales, il n'y a pas de strabisme.

L'auscultation de la poitrine ne fait entendre aucun bruit anormal ni dans les poumons, ni au cœur.

Le ventre est souple ; les garde-robes involontaires, ainsi que la miction.

L'urine s'écoule en jet, il n'y a donc pas de paralysie de la vessie. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

L'intelligence paraît très obtuse.

L'enfant ne parle pas. Avant sa maladie il parlait, mais mal. Le regard, sans être éteint, est vague et sans animation.

L'enfant sourit un peu lorsqu'on joue avec lui ; il serre de la main droite les objets qu'on lui présente, il s'en amuse, mais tout cela sans entrain, d'une façon toute machinale. Il tire la langue, nous tend la main droite, lorsqu'on lui dit de le faire, mais reste sourd à toute autre demande. La douleur lui arrache des gémissements peu bruyants. En somme il est assez abattu.

Le cuir chevelu est marqué de quelques cicatrices strumeuses. La température est normale.

Le diagnostic qui nous parut le plus plausible fut : *Encéphalite de l'hémisphère droit*, résultant selon toute probabilité des mauvais traitements subis par l'enfant.

Dans les jours qui suivirent, nous eûmes l'occasion de voir les parents, et leur attitude vis-à-vis de leur enfant, les visites fréquentes qu'ils lui firent, leur abord plein d'affection et de tendresse apparentes nous firent douter des renseignements qui nous avaient été donnés. En même temps l'air déprimé du malade, les quelques mots : « Bonjour monsieur le docteur » qu'il arriva petit à petit à articuler très indistinctement, nous donnèrent à supposer qu'avant les phénomènes décrits ci-dessus il avait pu exister un certain degré de sclérose cérébrale. Nous restions donc dans le doute au sujet du diagnostic exact.

Dans les derniers jours d'octobre, l'enfant parla un peu ; il répondait aux questions qui étaient à sa portée. L'intelligence se réveillait donc un peu. La parole restait cependant embarrassée, à cause de la parésie de la langue. Le regard était plus vif, l'hémiplégie faciale moins complète ; les membres gauches étaient toujours flaccides et s'atrophiaient visiblement.

Sur ces entrefaites, le 3 novembre, quinze jours après son entrée, l'enfant prit la rougeole qui se termina le 12.

L'état ne se modifiait du reste pas : l'hémiplégie persistait sans aucune contracture.

Le 23 novembre, il contracta le croup d'emblée ; la trachéotomie fut faite le lendemain, la mort survint le 28 novembre par accidents pulmonaires.

Autopsie.

L'hémisphère cérébral gauche est parfaitement sain.

L'hémisphère droit est ramolli dans une très grande étendue, à la partie antérieure ; la substance cérébrale y est diffluente ; elle se dissocie sous un filet d'eau. Le lobe frontal dans son entier, les trois quarts inférieurs du lobe pariétal sont altérés ; tandis que le quart supérieur et le lobe occipital tout entier sont sains. La ligne de démarcation entre le tissu normal et le tissu ramolli est très nette, elle se dirige obliquement en bas et en arrière, suivant un plan transversal qui réunirait le sommet du sillon de Rolando avec la base du lobe occipital. Tout ce qui est au-dessous et en avant de ce plan est ramolli, ce qui est au-dessus et en arrière est sain.

Les noyaux gris centraux et leurs environs immédiats sont intacts.

Nous avons disséqué avec soin les artères de la base du cerveau en suivant assez loin leurs ramifications. Dans le tronc de la sylvienne droite se trouve un caillot fibrineux, blanc, non adhérent aux parois de l'artère.

Les parois artérielles sont saines, soit au niveau du caillot, soit dans le reste de leur étendue.

Le cœur et les gros vaisseaux sont sains. La trachée et les premières ramifications bronchiques sont tapissées de détritus de pseudo-membranes diphtériques. Les deux poumons sont criblés de petits noyaux disséminés de pneumonie lobulaire.

Il n'y a pas de tubercules ; les ganglions du médiastin sont normaux.

Rien de spécial dans les autres viscères.

L'observation que nous venons de raconter dans tous ses détails est donc un exemple de ramollissement cérébral par oblitération artérielle. Le vaisseau oblitéré était une volumineuse artère. Nous n'avons trouvé aucune cause capable d'expliquer la présence de ce throm-

bus dans la sylvienne droite, aucune lésion ni artérielle, ni cardiaque. Cet accident est si prodigieusement rare dans l'enfance, que nous n'avons pas fait un diagnostic, qui, chez l'adulte, nous serait venu tout naturellement à la pensée.

Bien peu d'auteurs font même mention du ramollissement par oblitération artérielle chez les enfants, et la nouvelle édition du traité de Rilliet et Barthez, de 1884, ne cite que deux observations de ce genre, dues, l'une à Bouchaud (1), l'autre à Broadbend (2)

Dans la première, il s'agit d'un enfant de deux ans, chez lequel on trouva deux foyers de ramollissement, l'un profond au dessus de la scissure de Sylvius, en dehors et en avant du corps strié, qui était gros comme une noix ; l'autre superficiel et plus petit était dans le lobe sphénoïdal ; tous deux dans l'hémisphère gauche. Il y avait plusieurs petits caillots dans les branches de l'artère cérébrale moyenne, et les reins renfermaient des abcès miliaires. L'origine de ces embolies ne fut pas trouvée.

Dans le cas de M. Broadbend, il est question d'un jeune garçon rhumatisant, atteint d'une endocardite ulcéreuse, chez lequel on trouva une embolie de l'artère cérébrale postérieure droite et un ramollissement du lobe occipital correspondant.

Au point de vue symptomatique, ces cas se comportèrent comme chez l'adulte. C'est ce qui arrive en géné-

(1) Société anatomique, 1863.
(2) British med. Journ., 1876.

ral, et c'est ainsi que les choses se sont passées dans notre observation. Nous n'avons donc rien à ajouter aux descriptions qu'on en a données, puisque l'évolution clinique n'emprunte rien de spécial à l'enfance. Il nous suffit d'avoir constaté la rareté extrême de cette affection et d'avoir cité une observation personnelle bien nette.

Selon toute probabilité, si notre malade n'avait pas contracté la rougeole d'abord, la diphtérie ensuite, s'il avait été soigné en ville, au lieu de l'être dans un hôpital, il aurait vécu avec son hémiplégie gauche un temps plus ou moins long, impossible à déterminer. Au moment où les phénomènes aigus avaient cessé, où la santé, l'appétit, l'intelligence semblaient renaître, une maladie intercurrente a emporté le malade. Sans elle, nous n'eussions sans doute pas pu ajouter cette observation à notre travail, qui lui doit une partie de l'intérêt, que nous aimerions à lui voir présenter.

CHAPITRE VIII

NÉPHRITE

La néphrite est loin d'être rare dans l'enfance. Un grand nombre d'affections lui donnent naissance, et on trouve en outre fréquemment, ainsi que nous aurons l'occasion de le montrer, des néphrites sans aucune cause appréciable, ou ne relevant que du froid ou de quelque autre cause banale.

Nous avons recueilli seize observations de néphrite ; dans ce nombre, ne sont pas compris les cas où cette affection est apparue à titre de complication, au cours de la diphtérie ou de la scarlatine et où elle n'a joué qu'un rôle secondaire, marqué par une albuminurie plus ou moins passagère. Nos observations concernent toutes des néphrites bien nettes, ayant eu une individualité tranchée, une évolution distincte de la maladie première ou étant même apparues primitivement.

La *forme* la plus fréquente est la néphrite mixte ou diffuse ; le type interstitiel est extrêmement rare chez les enfants ; nous n'en avons pas observé du tout. En outre, les formes chroniques du mal de Bright se montrent exceptionnellement ; les néphrites infantiles sont en général aiguës. Treize fois sur seize, en effet, la

maladie a évolué en moins d'un mois, soit qu'elle ait guéri, soit qu'elle ait eu une terminaison fatale.

L'âge de nos malades a oscillé entre deux et douze ans; il a été deux fois au-dessous de quatre ans, dix fois de quatre à six ans et quatre fois au-dessus de cet âge.

Parmi les *causes* qui ont donné lieu à la néphrite, nous trouvons la scarlatine notée sept fois, la tuberculose deux fois, cinq fois enfin il nous a été impossible, malgré des recherches attentives, de trouver aucune trace d'une maladie antérieure. On voit donc que dans près du tiers des cas, nous avons eu affaire à des néphrites primitives, ne se rattachant à aucune cause première, ne relevant que des causes banales, tels qu'un coup de froid, l'habitation dans un logement humide, etc. Souvent même ces causes-là ont fait défaut.

Rilliet et Barthez, insistent sur la réalité de ces néphrites sans cause apparente autre que le froid, ils les considèrent comme plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte; Henoch, tout en affirmant qu'à l'exception d'un nombre très minime de cas, toutes les néphrites, chez les enfants, sont de nature scarlatineuse, cite cependant plusieurs observations ou le mal de Bright, relève du froid seulement, ou de toute autre cause assez mal déterminée.

Un petit garçon de quatre ans, atteint d'une néphrite chronique, est entré l'an dernier dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Ses antécédents étaient absolument dépourvus de toute maladie. Il a contracté à l'hôpital, pendant son séjour, qui s'est prolongé plus d'un an,

la scarlatine et la diphtérie. Nous relatons ci-dessous cette observation pleine d'intérêt.

Un autre malade, également atteint de mal de Bright chronique, a eu une scarlatine deux ans avant sa néphrite ; il s'en était très bien remis.

Dans trois autres cas, les parents nous ont affirmé de la façon la plus catégorique, que la santé de leur enfant n'avait donné aucune inquiétude avant le début de la néphrite. Quelquefois, les renseignements que nous prenons, laissent asse z'ɹəɹɪsəp ʇ en exactitude et en clarté, pour que nous restions dans le doute à l'égard des causes de la maladie ; mais dans cinq cas sur seize, nous avons pu nous convaincre, que la néphrite ne remontait à aucune des causes, auxquelles on l'attribue le plus souvent. On voit que ces cas sont relativement fréquents.

1° Le petit Ch..., âgé de quatre ans et demi, entre à l'hôpital le 24 septembre 1884.

Il n'a jamais été malade antérieurement.

Depuis un temps assez difficile à déterminer, son ventre grossit, non d'une façon régulièrement progressive, mais avec des alternatives ; pour le moment, l'abdomen a évidemment un grand développement.

Depuis deux jours les jambes se sont aussi mises à enfler, la face est œdématiée, les chairs sont flasques, le teint est pâle.

En même temps, il existe une diarrhée peu abondante, mais continuelle depuis plusieurs mois. Malgré ces phénomènes, l'état général paraît excellent, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est normal et l'enfant est extrêmement gai.

Les jours qui suivirent, l'anasarque fit encore des progrès ;

le développement du ventre tenait plus à l'œdème de ses parois qu'à un épanchement intra-abdominal, l'ascite était peu considérable.

Il n'y avait rien dans la poitrine.

Les urines contenaient environ un gramme d'albumine par litre. La quantité rendue en 24 heures était assez difficile à évaluer, car l'enfant en perdait dans son lit, et l'urine se mélangeait aux matières fécales à chaque garde-robe.

Jusqu'au 16 octobre, l'état resta stationnaire avec quelques alternatives de haut et de bas, l'anasarque augmentait, ou diminuait un peu d'un jour à l'autre, la quantité d'albumine, dosée presque chaque jour, oscillait entre un et trois grammes par litre.

Le 17 et le 23 octobre, il y eut deux énormes recrudescences de l'albuminurie, l'analyse donna pour ces deux jours, six et huit grammes par litre. La quantité d'urine était alors normale, un litre environ. L'enfant avait bon appétit, était gai.

Ces deux ascensions de la courbe représentant la quantité d'albumine ne durèrent pas, celle-ci retomba dès le lendemain à un gramme.

Il serait monotone de répéter les détails que nous avons notés au jour le jour dans l'observation; qu'il nous suffise de dire, que l'anasarque était toujours très marquée, que l'albumine oscillait entre deux et quatre grammes par litre jusque vers le 20 décembre, cela malgré le régime lacté et tous les autres moyens thérapeutiques qui ont été essayés. Le perchlorure de fer, l'acide gallique, l'ergot de seigle, le jaborandi, l'oxymel, la pilocarpine, les ventouses scarifiées ont été tour à tour employés, sans aucun succès.

Les derniers jours de décembre, l'anasarque augmenta beaucoup et il y eut alors : le 30 vingt grammes ; le 31, trente-deux grammes d'albumine; puis le 2 janvier 1885, la quantité tomba à douze grammes ; le 5, à six grammes ; le 18, à cinq grammes ; le 24, à un gramme cinquante centigrammes. L'enfant était néanmoins très gai, jouant du matin au soir, assis sur son lit;

si on lui demandait : « Combien as-tu d'albumine? » il vous répondait : « Douze grammes » ; en éclatant de rire.

En résumé : Etat général bon, anasarque énorme, quantité d'albumine très notable et surtout très variable d'un jour à l'autre, faisant des sauts brusques de plusieurs grammes, quantité d'urine rendue en 24 heures sensiblement normale.

Les derniers jours de janvier, l'albumine était très abondante, et le 1er février se déclara une *scarlatine* de moyenne intensité, avec un peu d'angine pultacé et un exanthème normal.

Pendant sa durée, l'albumine fut très abondante, dépassant de beaucoup le degré le plus élevé du tube d'Esbach. Le 20 février, la desquamation s'opérait régulièrement, il n'y avait alors que trois grammes d'albumine.

Cette quantité resta à peu près la même, jusqu'au commencement du mois d'avril, elle monta alors à sept grammes, retomba à quatre du 9 au 20 avril, puis s'éleva au-dessus de quinze grammes le 21 avril, pour revenir à cinquante centigrammes le 26.

Rien de plus irrégulier que ce tracé; il reste à des chiffres peu considérables, en faisant de petites oscillations, puis tout à coup il s'élève à des hauteurs énormes, dont il redescend aussi vite qu'il les avait atteintes. Cela sans cause aucune, indépendamment de tout traitement, sans que l'apparence de santé de l'enfant en soit modifiée, sans que sa gaîté ni son appétit s'en ressentent.

Le 3 mai, nous comptons 15 grammes d'albumine ; le 4, trois grammes; le 8, six grammes ; le 9, deux grammes ; le 13, de nouveau plus de 15 grammes, puis six, huit, cinq grammes, et ainsi de suite, toujours avec des oscillations.

Les mois de juin, juillet, août, septembre, se passèrent sans amener aucun changement. L'état général restait aussi bon que possible, l'appétit normal, la gaîté exubérante.

Le 23 septembre, l'enfant contracta la *diphtérie*, les fausses membranes restèrent localisées à l'arrière-gorge, la maladie fut bénigne, mais l'anasarque et l'albumine augmentèrent dans de grandes proportions. La face prit une teinte cireuse, le

malade était extrêmement bouffi, l'ascite se développa beaucoup, si bien qu'après la guérison de l'angine, le 29 octobre, l'abdomen mesurait 79 centimètres de circonférence ; à ce moment, la quantité d'albumine s'élevait à seize grammes. Dès lors l'état, général déclina, la gaîté disparut, et nous pûmes supposer que le dénouement ne se ferait pas longtemps attendre.

Le 11 novembre, survint un accident. Après l'ingestion d'une faible quantité de lait l'enfant fut pris d'abattement, de somnolence et de dyspnée. La face se couvrit de sueur. Il y eut une petite toux sèche et un marmottement de paroles sans suite. Cet état dura une ou deux heures, puis le calme se rétablit.

Le lendemain, 12 novembre, nouvelle série d'accidents analogues, avec plaintes, pleurs, cris, puis somnolence jusque très avant dans la nuit. Nous comptâmes alors dix-huit grammes d'albumine par litre.

Les jours suivants, cette quantité monta à vingt-quatre grammes, mais la somme d'urine rendue avait sensiblement diminué.

Le 18 novembre, nouvelle crise de douleurs, accompagnées de cris, d'agitation, de dyspnée. Il survint en outre, des vomissements, de la céphalalgie, un peu de diarrhée. L'auscultation ne faisait rien entendre d'anormal. Le pouls, régulier et petit, battait cent-vingt fois par minute.

L'ascite était considérable, le ventre, très tendu mesurait 90 centimètres.

Il ne fut pas rendu une seule goutte d'urine en vingt-quatre heures.

Une cuillerée d'eau-de-vie allemande donna lieu à une diarrhée abondante, et le 19 novembre, l'enfant urina un litre, contenant *trente-deux* grammes d'albumine et quinze grammes d'urée.

Les jours suivants, les phénomènes alarmants notés ci-dessus cédèrent un peu, mais ils reprirent à partir du 2 décembre. Les vomissements, la diarrhée, étaient continuels, la quantité d'urine faible.

Une céphalalgie intense arrachait des cris au malade, sa peau luisante, excoriée à tous les plis, lui causait de vives douleurs. Les crises de cyanose et de dyspnée se répétèrent chaque jour, et cependant l'auscultation ne révélait aucun symptôme du côté des poumons, ni du cœur.

Cet état lamentable se continua jusqu'au 16 décembre, époque à laquelle l'enfant succomba, après une agonie de deux jours.

La maladie avait duré plus de quinze mois.

L'*autopsie* fut faite le lendemain de la mort.

Elle nous montra des poumons attachés à la paroi par de nombreuses adhérences et très congestionnés.

Le cœur, de volume normal, ne paraissait pas malade ; au-dessous des valvules aortiques seulement se trouvait un point d'un centimètre sur cinq millimètres, où l'endocarde était épaissi et blanchâtre.

Le péritoine était très épaissi et injecté, il contenait douze litres de liquide ; le foie très dégénéré. L'encéphale ne présentait rien de particulier. Les reins étaient gros et blancs. Quelques traces de la substance corticale apparaissaient seulement.

Notre ami, M. Widal a bien voulu en faire l'examen histologique, au laboratoire du professeur Cornil.

Voici la note qu'il nous a remise :

Sur des coupes durcies dans l'alcool, colorées par le picrocarmin et examinées à un faible grossissement, le tissu rénal apparaît, parcouru par des bandes de tissu conjonctif sclérosé, entourant certains lobules, tandis que les lobules intermédiaires sont tout à fait indemnes de néoformation conjonctive.

Un plus fort grossissement (Oc. 3 et obj. 7. Verick) montre ces bandes scléreuses constituées par des fibres conjonctives et des cellules embryonnaires, entourant des tubuli atrophiés et des glomérules réduits, pour la plupart, à de petites masses scléreuses.

Les tubuli situés dans les régions intermédiaires aux bandes de sclérose sont dilatés, certains d'entre eux sont remplis par

des cylindres hyalins, ou tapissés par des cellules devenues granuleuses.

Sur des coupes traitées par l'acide osmique, l'alcool absolu et l'hématoxyline, les cellules de ces tubuli apparaissent frappées de dégénérescence graisseuse, et l'on peut constater toutes les lésions propres à la néphrite épithéliale.

En résumé : Néphrite mixte, avec prédominance des lésions épithéliales et dégénérescence graisseuse des cellules des tubuli, ce qui nous explique bien le volume du rein et sa couleur blanchâtre ; de plus, néphrite interstitielle, systématisée à de certains lobules rénaux, secondaire et dépendante sans doute, de la lésion épithéliale.

Cette longue observation nous montre donc un mal de Bright chronique, survenu primitivement, chez un enfant de quatre à cinq ans ; elle nous offre en outre, plusieurs particularités.

D'abord, l'état général, qui pendant plus d'un an s'est maintenu presque parfait. L'enfant était bouffi et albuminurique, à part celà on ne l'eût pas cru malade, sa gaîté et sa bonne humeur ne cessaient pas un instant, l'appétit se maintenait :

Un premier événement, une scarlatine intercurrente, ne parut pas modifier notablement la marche de la maladie ; une angine diphtérique, survenue huit mois après, eut au contraire une influence désastreuse ; c'est d'elle en effet que date la recrudescence de l'anasarque. Puis survinrent l'oligurie, les accidents urémiques et la mort.

Les *œdèmes* sont la règle dans les néphrites de l'enfance, nous les trouvons mentionnés dans quatorze observations. C'est en général le symptôme qui attire d'abord

l'attention des parents, il débute le plus souvent par la face, à laquelle il peut rester localisé, mais le plus souvent, il se généralise aux membres et aux parois de l'abdomen. Nous l'avons vu une fois se montrer primitivement à cette dernière région. Presque toujours, quelle que soit du reste celle qu'il a envahi la première, il s'est ensuite généralisé.

Ce qui le distingue, c'est sa mobilité; il augmente ou diminue, d'une façon notable, presque d'un jour à l'autre, et s'accuse du côté où le malade se couche de préférence.

Les épanchements dans les cavités séreuses nous ont paru être moins fréquents chez les enfants que chez les adultes, nous n'en avons observé que trois cas.

L'un d'entre eux concerne un enfant de cinq ans et demi, entré à l'hôpital, sans aucun renseignement sur les événements antérieurs.

Il avait de l'anasarque, et une quantité très notable d'albumine dans l'urine. Un peu de submatité, avec quelques râles et une grande obscurité de la respiration aux deux bases. Les battements du cœur étaient à peine perceptibles à la palpation, et la matité précordiale s'étendait, en largeur et en hauteur, bien au delà de ses limites habituelles.

L'enfant était en proie à une grande dyspnée, la fièvre était vive, 40° à 40°,5. Il a succombé à l'asphyxie, trente-six heures après son entrée à l'hôpital.

Outre les lésions rénales, semblables à celles que nous avons décrites, dans l'observation précédente, nous avons trouvé : Du liquide en petite quantité dans les deux plèvres, en quantité plus grande dans le péricarde et un degré notable d'ascite.

Malgré le défaut de renseignements, et en présence de l'élévation de la température, nous avons conclu à l'existence d'une néphrite aiguë, ayant donné lieu à des épanchements séreux multiples.

Dans un troisième cas, l'anasarque s'est accompagné d'un léger degré d'ascite.

L'*urine*, dans le cours des néphrites infantiles, est quelquefois peu abondante, de couleur foncée et très sédimenteuse. Mais ces symptômes présentent également la plus grande variabilité.

On éprouve en général de la difficulté, chez les jeunes enfants, à mesurer la quantité d'urine rendue en 24 heures, ils en perdent dans leur lit ou en allant à la garde-robe; cependant, nous avons pu nous convaincre qu'elle est aussi souvent augmentée que diminuée. Ainsi, dans un cas de néphrite idiopathique, terminée par la guérison au bout de trois semaines, l'urine, d'abord peu abondante, a atteint plus de deux litres et demi après très peu de jours de traitement par le lait.

Dans un autre cas, sur lequel nous reviendrons, la quantité fut au début d'un litre et demi, mais ne tarda pas à diminuer notablement et ne dépassa plus six à huit cents centimètres cubes. L'albumine, qui atteignait quinze grammes par litre au commencement, tomba à sept grammes, puis remonta aussi haut que primitivement. La néphrite revêtit alors des allures chroniques, et l'enfant quitta l'hôpital.

Enfin, dans une troisième observation, la quantité d'urine fut d'abord de près de deux litres et demi, elle contenait du sang; puis elle redevint normale en quantité

et en qualité, tandis que l'anasarque et les autres symptômes cédaient; la maladie dura environ un mois.

Tout en étant peu fréquents, les cas où l'urine diminue beaucoup de quantité ne sont pas très rares. Dans une observation de néphrite scarlatineuse terminée par la mort, nous l'avons trouvée inférieure à trois cents centimètres cubes, pendant toute la durée de la maladie. Nous n'avons noté qu'une seule fois une anurie complète, pendant un jour entier.

Le fait, que l'urine contient du sang, a fait donner à la néphrite l'épithète d'hémorrhagique par certains auteurs (Henoch). Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de distinguer celle-ci des autres, elle ne présente du reste aucune particularité qui justifie cette division. Nous avons remarqué la présence du sang dans l'urine chez trois malades, un seul d'entre eux a guéri, nous considérons donc ce phénomène comme d'un fâcheux augure.

Toutes les fois, les urines contenant du sang ont été rendues en grande quantité, au moins au début; une fois seulement le sang a disparu, tandis que la somme totale de l'urine redevenait normale; l'enfant a guéri. Dans un autre cas, la quantité de sang est restée la même, tandis que l'urine diminuait et que sa couleur devenait par conséquent de plus en plus foncée, presque absolument noire. Enfin, dans la troisième observation, nous voyons l'hématurie diminuer peu à peu, tandis que les quantités d'urine et d'albumine restent les mêmes, et que la maladie passe à l'état chronique.

En somme, l'hématurie ne paraît pas coïncider avec l'oligurie; c'est un symptôme d'une certaine gravité pro-

nostique, surtout lorsqu'elle se prolonge au delà de quelques jours.

La présence de l'*albumine* dans l'urine est un symptôme beaucoup plus fréquent, nous dirions même constant, si des auteurs consciencieux, Henoch entre autres, n'affirmaient avoir observé des néphrites, sans aucune albuminurie pendant toute leur durée.

Tous nos malades ont présenté ce symptôme à des degrés divers. Il suffit de nous reporter à l'observation du petit Ch..., pour voir quelle énorme proportion d'albumine peut contenir l'urine d'un enfant ; un mois avant sa mort, ce malade rendit en un jour, un litre d'urine renfermant 32 grammes d'albumine. La quantité est loin d'atteindre toujours un chiffre aussi élevé.

Nous l'avons cependant vue chez quatre malades différents dépasser 6 grammes à une ou plusieurs reprises, atteindre même 15 grammes dans deux cas.

Un seul de ces enfants a guéri.

C'était un garçon de douze ans, dont la santé était restée parfaite dans les mois qui ont précédé sa néphrite. Nous n'avons trouvé aucune cause à laquelle elle put se rattacher.

La maladie avait débuté vers le 21 février, par des douleurs lombaires, de la céphalalgie, de l'insomnie et de la perte d'appétit. Huit jours après, survint de l'œdème de la face.

A l'entrée du malade, le 3 mars, l'anasarque était généralisée ; il y avait quelques troubles digestifs, des nausées, de la diarrhée ; un peu d'œdème pulmonaire et de petites épistaxis assez fréquentes. L'urine en quantité normale contenait par litre, six grammes cinquante centigrammes d'albumine.

Sous l'influence du régime lacté exclusif il se produisit une diurèse abondante, la quantité d'albumine diminua rapidement,

au point de ne pas dépasser vingt-cinq centigrammes par litre le 10 mars, dix-septième jour de la maladie.

L'anasarque diminua avec la même vitesse, elle disparut le 15 mars ; à cette époque l'urine ne contenait plus que des traces d'albumine.

L'enfant sortit guéri le 23 mars, après un mois de maladie.

C'est là un cas favorable, en général l'abondance de l'albumine assombrit le pronostic.

Dans les cas bénins l'albumine se maintient à des chiffres assez peu élevés, ainsi, dans dix observations terminées par la guérison du malade, la quantité rapportée au litre n'a pas dépassé soixante-quinze centigrammes ; deux cas seulement nous ont donné des chiffres voisins de cinq ou six grammes. Ils ne se sont maintenus que très peu de jours à cette hauteur.

Le caractère qui domine dans l'albuminurie des enfants, c'est son extrême variabilité ; tous les auteurs la constatent ; Rilliet et Barthez mentionnent le fait d'un enfant, qui, pendant plusieurs jours, avait eu une urine chargée le matin de sept grammes, et le soir tout à fait dépourvue d'albumine.

Chaque fois que nous avons pu doser l'albumine à plusieurs reprises et à intervalles rapprochés, nous avons pu constater que sa quantité variait beaucoup. Chez le petit Ch., par exemple, rien n'est plus bizarre que le graphique qui représente ces variations. Des oscillations courtes se maintiennent d'abord à un niveau peu élevé, puis la courbe fait une ascension, suivie d'une descente brusque, comprenant toutes deux un très petit nombre de jours. Le fait se répète plusieurs fois, à intervalles

plus ou moins réguliers. On dirait une série d'effervescences, marquées chaque fois par un fastigium de la courbe, et séparées par des intervalles sensiblement égaux en longueur.

Un autre malade de quatre ans qui venait d'avoir, coup sur coup, la rougeole, la scarlatine et une angine diphtérique, présenta le 22 décembre une quantité notable d'albumine dans l'urine; le 24 il n'y en avait plus que 0,75 centigrammes, le 29 elle avait disparu.

Du 31 décembre au 5 janvier, l'albumine se montra de nouveau, le 7 janvier elle augmenta beaucoup et disparut définitivement le 10.

L'enfant a guéri.

Dans les cas bénins, l'albuminurie dure peu, si elle a été abondante au début. Le vingt et unième jour d'une scarlatine, elle atteint par exemple, cinq grammes ; dès le lendemain, elle tombe à un gramme et demi et disparait à partir du trentième jour. Si, au contraire, l'albumine existe en petite quantité dès le début du mal, elle persiste en général plus longtemps, et ses oscillations sont beaucoup moins considérables.

Quelquefois l'anasarque et l'albuminurie sont les seuls symptômes de la néphrite ; l'œdème a d'abord attiré l'attention, puis on a découvert l'albumine ; la maladie dure de quinze jours à un mois, et tout rentre dans l'ordre.

Mais d'autres fois les choses se passent différemment; on note alors de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux, des phénomènes nerveux et des complications de plusieurs ordres.

La *fièvre* dépend dans la majorité des cas d'une complication ou d'un état pathologique antérieur. En effet, la néphrite simple est rarement fébrile. Sans doute on peut observer des formes aiguës du mal de Bright qui débutent brusquement, par des frissons, à la façon d'une pneumonie, mais ces faits sont exceptionnels.

Lorsque la fièvre existe, c'est presque toujours à la suite d'une scarlatine, que la néphrite s'est établie, et celle-ci, agissant comme une complication, a prolongé la durée de la fièvre au-delà de ses limites habituelles.

Nous possédons cependant une observation de néphrite aiguë primitive à début fébrile. Elle s'accompagna d'anasarque, de dyspnée, d'une température vespérale supérieure à 39°, assez voisine de la normale le matin. L'enfant, qui avait deux ans et demi, mourut le quinzième jour; nous trouvâmes à l'autopsie un hyperémie considérable des poumons, et des lésions rénales en tous points, semblables à celles que nous avons déjà décrites plus haut.

On se rappelle l'observation consignée ci-dessus (p. 207) d'une néphrite aiguë avec températures voisines de 40°, nous n'avons malheureusement jamais pu en éclaircir la cause.

Nous considérons donc, avec Riliet et Barthez, les formes simples de la néphrite comme s'accompagnant rarement d'élévation du thermomètre. Il n'en est pas de même de la néphrite scarlatineuse, surtout lorsqu'elle se complique de quelqu'autre phlegmasie, de rhumatisme, d'endocardite ou de péritonite par exemple, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer plusieurs fois.

Tantôt, sans cause apparente, la fièvre persiste après une scarlatine, c'est alors presque toujours du côté des reins qu'on en trouvera la raison. Tantôt la scarlatine entre normalement dans sa phase de desquamation, la température est basse, et la fièvre, en se rallumant, constitue le premier symptôme de la néphrite. Nous donnerons plus loin un exemple de ce fait. Quoiqu'il en soit, sur seize néphrites nous avons constaté sept fois l'existence de la fièvre, mais quatre fois celle-ci pouvait être rapportée à des complications sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

La *marche* de la néphrite est donc le plus souvent aiguë, nous n'avons observé que trois cas de mal de Bright chronique sur nos seize malades. Une fois, la maladie a duré plus d'un an; une autre fois, l'enfant nous a quittés au bout de trois mois; dans le troisième cas, une amélioration étant survenue, le malade est rentré dans sa famille; nous l'avons revu à la consultation, dix mois après le début de la maladie, avec de l'œdème, de l'albuminurie et une éruption prurigineuse sur toute la partie supérieure du corps. Ces néphrites chroniques sont certainement rares, puisque Rilliet et Barthez n'en ont jamais vu qui eussent dépassé quatre mois.

En général, grave ou bénigne, la maladie dure peu, et sur treize observations où elle a revêtu une marche aiguë, nous l'avons vue durer quinze jours, huit fois, vingt à trente jours cinq fois.

Nous avons perdu quatre de nos seize malades, deux ont quitté l'hôpital en très triste état, dix ont guéri; notre mortalité a donc été un peu plus faible que celle

qu'indiquent Rilliet et Barthez, qui ont perdu douze malades sur vingt-cinq.

Nous ne parlerons que peu des complications du mal de Bright chez les enfants ; elles dépendent du reste, dans la plus grande partie du temps, aussi bien de la maladie primitive que de la néphrite elle-même.

La *pleuro-pneumonie* au cours du mal de Bright est une affection rare, suivant les auteurs. Henoch en cite un cas avec épanchement purulent, terminé par la guérison. A ce propos, nous tenons à rapporter l'observation suivante.

Il s'agit d'un garçon de quatre ans, entré dans le service du professeur Lannelongue, pour une arthrite tuberculeuse du pied gauche. Il n'avait eu avant son admission à l'hôpital, ni scarlatine, ni diphtérie. Quelques jours après, se déclara une anasarque très étendue, qui détermina M. Lannelongue à nous confier le malade, le 3 avril.

L'enfant avait de la fièvre, 39° 7, un peu d'albumine dans l'urine, pas d'ascite, ni d'hydrothorax, mais quelques gros râles disséminés.

Les râles augmentèrent les jours suivants, et le 7 avril, nous constatâmes à la base de la poitrine à droite, tous les signes d'un épanchement liquide séro-fibrineux, qu'une ponction exploratrice décèla d'une manière certaine.

Sous l'épanchement, nous entendîmes des râles fins, qui nous firent supposer que le poumon devait être le siège d'une phlegmasie. La fièvre s'était accrue, le thermomètre se maintenait en plateau autour de 40°.

Ces phénomènes se prolongèrent quinze jours, pendant lesquels la néphrite ne fit aucun progrès. La température tomba de 40° à 36° 5, entre le 14 avril au soir et le 16 avril au

matin, faisant ainsi une défervescence brusque, interrompue à son milieu par une petite recrudescence.

A partir de ce jour, l'albumine et l'œdème diminuèrent, l'une et l'autre avaient disparu et la résolution de la pleuro-pneumonie était complète le 20 avril.

Nous avons pensé que nous avions eu affaire à trois manifestations simultanées de la tuberculose, localisées l'une dans l'articulation tibio-tarsienne, la seconde aux reins, la troisième au poumon et à la plèvre.

La rapide disparition de l'albumine doit nous étonner; Rilliet et Barthez nous disent en effet que dans la néphrite compliquée d'une affection fébrile l'urine reste bien plus longtemps albumineuse, et que le pronostic est plus grave. Nous avons perdu de vue notre malade.

Un autre malade, dont M. Cadet de Gassicourt nous racontait récemment l'histoire, avait une néphrite, dont la cause restait inconnue. Bientôt survinrent des signes non douteux d'une pleurésie double et d'une péritonite, l'enfant succomba, et à l'autopsie on trouva une néphrite et des tubercules généralisés. C'est une observation à rapprocher de celle que nous venons de rapporter; la tuberculose avait frappé à la fois trois organes, les plèvres, le péritoine et les reins; les symptômes de néphrite se sont montrés tout d'abord et ont occupé le premier plan dans le tableau morbide.

Nous venons de parler de la *péritonite*. En effet, cette affection n'est pas rare dans la néphrite, on en cite des exemples assez fréquents. Henoch en a observé trois cas, dont deux terminés par la mort; dans un de ceux-ci la péritonite a été purulente, il s'agissait d'une néphrite

scarlatineuse. Nous possédons deux observations de péritonite au cours d'une néphrite, très différentes l'une de l'autre.

La première est celle d'un jeune garçon de dix ans, dont les parents sont bien portants, mais qui a perdu une sœur d'une maladie de poitrine.

L'enfant, entré le 4 décembre, était malade depuis un mois. Le médecin qui l'avait soigné au début pensait avoir affaire à un embarras gastrique.

Des vomissements répétés, qui devinrent bientôt fécaloïdes, puis une bouffissure de la face, survenue les derniers jours de novembre, une douleur abdominale vive, engagèrent les parents à nous amener l'enfant.

Il était pâle et bouffi, les extrémités inférieures et les organes génitaux étaient œdématiés.

Le ventre, quoique tendu, laissait sentir à la palpation une plaque dure de six centimètres de largeur, dans la région sous ombilicale.

L'auscultation et la percussion ne donnaient rien de précis, sinon de la submatité en avant au sommet gauche.

L'urine contenait quinze grammes d'albumine par litre, l'enfant urinait un litre et demi dans les 24 heures.

Peu à peu l'urine devint sanglante, puis diminua de quantité.

L'état général déclina assez rapidement, la néphrite passa à l'état chronique et l'enfant fut emmené le 10 janvier.

Les derniers jours il avait eu des vomissements et une diarrhée très abondante.

L'urine très foncée atteignait six cents centimètres cubes en 24 heures. L'œdème avait augmenté, la situation était donc très sérieuse.

En rapprochant cette observation des précédentes, il nous est impossible de ne pas penser que le malade était

tuberculeux; le poumon gauche, le péritoine et les reins nous en fournissaient des preuves suffisantes.

Dans une autre circonstance,un enfant de 5 ans, ayant eu la scarlatine, avec une angine diphtérique, dans le milieu du mois de novembre,fut pris,le 4 décembre, de néphrite avec anasarque très marquée et quantité notable d'albumine. Le thermomètre, qui était redescendu à la normale après la scarlatine,s'éleva de nouveau et atteignit 40,°5, le 8 décembre.

L'urine était sanglante, l'enfant était dyspnéique, il n'y avait du reste rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

Les jours suivants, les choses restèrent sans changement, le thermomètre était redescendu à des chiffres voisins de la normale, lorsque le 19 décembre,la scène changea brusquement.

La température monta à 41°,2 le soir,des vomissements survinrent très fréquemment, la diarrhée était abondante, l'enfant avait les traits tirés, le faciès péritonéal,le ventre était douloureux, le moindre mouvement arrachait des cris au malade.

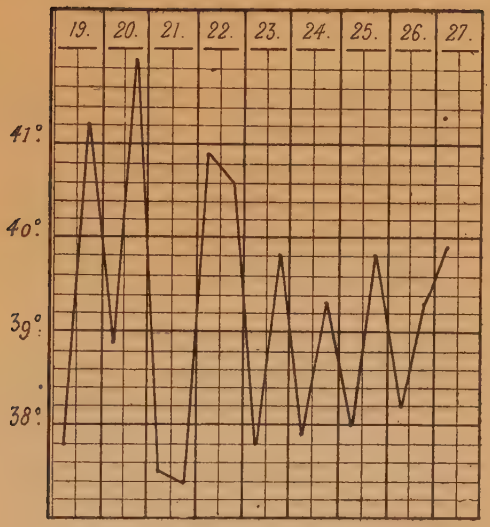
Du 19 au 23 décembre, le thermomètre fit d'énormes oscillations, s'éleva à 41°,9 le 20 au soir, pour tomber à 37,5 le 21 au matin.

L'enfant changeait beaucoup, on constatait jour par jour,les progrès rapides de l'amaigrissement. Le ventre était douloureux, les vomissements et la diarrhée incessants, l'urine rare, très albumineuse, de couleur rosée. Le faciès péritonéal, les yeux enfoncés, le nez pincé, les lèvres minces.

L'enfant mourut le 27 décembre.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes environ un litre de pus dans la cavité abdominale ; les anses intestinales étaient agglutinées par des fausses membranes purulentes, le péritoine très enflammé.

Les organes thoraciques étaient sains, le foie très gras. Les reins présentaient les lésions accoutumés de la néphrite épithéliale.



En résumé, l'enfant avait eu une scarlatine avec angine diphtérique. Le vingtième jour environ la néphrite était survenue, très intense, faisant craindre une issue funeste ; enfin une péritonite purulente, apparue le trente-septième jour, a provoqué la mort le quarante-quatrième jour.

Si la péritonite n'est pas rare au cours de la néphrite secondaire, elle ne se montre pas dans la forme primitive de cette affection. C'est tantôt une complication de la scarlatine, au même titre que la néphrite elle-même, tantôt une localisation de la tuberculose. Il ne faut donc pas la considérer comme une complication du mal de Bright à proprement parler, mais bien plutôt comme secondaire à la maladie primitive, scarlatine ou tuberculose. La même remarque s'applique, dans la majorité

des cas, aux affections rhumatismales et cardiaques qui se montrent dans le cours dela néphrite.

Ainsi, un enfant atteint d'une scarlatine très intense, avec angine diphtérique, a présenté, le onzième jour, trois phénomènes dont l'apparition a été simultanée.

Une légère quantité d'albumine dans l'urine; des douleurs accompagnées de tuméfaction et de rougeur des articulations des genoux, des pieds et des poignets ; une paralysie du voile du palais.

Le seizième jour, la paralysie disparut.

Du dix-septième au vingt-troisième jour, la température descendit à la normale, et les douleurs articulaires s'apaisèrent.

Les dernières traces d'albumine s'effacèrent le vingt-sixième jour, et l'enfant guérit parfaitement, sans avoir jamais présenté aucun symptôme du côté du cœur.

Chez un autre scarlatineux, la néphrite a débuté le dix-huitième jour par de l'anasarque et de l'albuminurie, le vingt-quatrième jour, on entendit pour la première fois, un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, l'auscultation avait été pratiquée chaque jour attentivement.

L'albumine disparut onze jours plus tard.

L'enfant sortit, conservant un premier temps soufflant, à la pointe du cœur.

Ici, c'est évidemment la scarlatine qu'il faut regarder comme la cause de l'endocardite ; on rencontrera souvent cette dernière au cours de la fièvre éruptive, même en l'absence de toute affection rénale. On peut du reste poser en principe, que les complications sont bien plus fréquentes et bien plus graves dans les néphrites secondaires que dans les autres, et celà tout naturellement,

parce que les malades sont exposés à deux ordres de complications, celles qui dépendent de la maladie primitive et celles qui sont le fait de la néphrite.

Cependant, le mal de Bright idiopathique lui-même est susceptible de se compliquer de quelques accidents. Nous n'avons à en signaler que de peu d'importance, des hémorrhagies nasales, des éruptions d'urticaire ou de prurigo par exemple.

Résumé : Nous avons donc examiné les quelques particularités que nous ont présentées nos malades, dans le cours de la néphrite. Pour nous résumer nous dirons :

La néphrite est souvent une affection primitive dans l'enfance, on peut alors en trouver la cause dans l'influence du froid, mais il peut se faire aussi qu'on ne trouve aucune circonstance capable d'en expliquer l'origine.

La forme la plus fréquente est, au point de vue clinique, la forme aiguë; au point de vue anatomique, la néphrite mixte.

L'albuminurie en est le symptôme presque constant ; elle peut être extrêmement abondante, dans les cas graves ; sa quantité est toujours essentiellement variable. Les néphrites bénignes peuvent donner lieu à de fortes sommes d'albumine au début, mais alors la quantité en décroît rapidement.

La somme d'urine rendue est aussi souvent augmentée que diminuée. On ne peut poser aucune règle à cet égard.

L'anasarque est un symptôme moins constant que l'albuminurie. Les épanchements dans les séreuses sont rares.

Enfin, les complications observées par nous ont pu presque toujours être rapportées à la maladie primitive. Il en a été ainsi notamment d'une pleuro-pneumonie, de plusieurs endo-péricardites, d'un rhumatisme et de deux péritonites.

SOMMAIRE

En terminant ce travail, il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux des lecteurs, le total des malades soignés en 1885, dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Nour n'attachons certes pas plus d'importance qu'elle n'en mérite à cette statistique. Nous savons qu'un grand nombre de malades ont été atteints successivement de plusieurs maladies, comme cela se voit si souvent dans les hôpitaux d'enfants, et nous avons parfois été embarrassé pour leur assigner une place dans l'une ou l'autre des subdivisions de notre cadre.

Mais quelqu'imparfait qu'il soit, le tableau suivant suffit à donner une idée de l'activité d'un service de maladies d'enfants, et complète dans une certaine mesure notre travail. L'étendue de celui-ci ne nous a en effet pas permis d'aborder tous les points intéressants, que nous aurions voulu mettre en lumière. Nous formons le vœu que l'un de nos successeurs entreprenne un travail analogue, sur les faits importants que nous avons été forcé de passer sous silence.

Nous avons observé 564 malades, se répartissant de la manière suivante :

Maladies générales		Guéris	Etat Stationnaire	Morts
Fièvre typhoïde	69	64	—	5
Oreillons	1	1	—	—
Rougeole	40	29	—	11
Scarlatine	45	37	—	8
Varioloïde	1	1	—	—
Varicelle	2	2	—	—
Erysipèle	2	2	—	—
Fièvre herpétique	2	2	—	—
Rhumatisme	12	12	—	—
Syphilis	2	2	—	—
Diphtérie (pendant quatre mois).				
Angine	45	32	—	13
Croup non opéré	31	28	—	3
Croup opéré	136	28	—	108
Tuberculose				
Méningite	11	—	—	11
Tumeur cérébrale	1	—	—	1
Laryngite	1	—	1	—
Bronchite	1	—	1	—
Granulie	1	—	—	1
Tuberculose pulmonaire	18	—	7	11
Péritonite	4	—	2	2
Entérite	2	—	—	2
Appareil digestif				
Angine	4	4	—	—
Embarras gastro-intestinal	27	27	—	—
Typhlite et périty phlite	2	2	—	—
Appareil respiratoire				
Bronchite	11	11	—	—
Pneumonie	21	21	—	—
Congestion pulmonaire	4	4	—	—
Broncho-pneumonie	8	3	—	5
Pleurésie	10	9	1	—
Coqueluche	9	6	—	3
A reporter	523	327	12	184

		Guéris	Etat Stationnaire	Morts
Report	523	327	12	184
Cœur				
Affections mitrales	10	—	9	1
Affections aortiques	1	—	1	—
Affections mitrales et aortiques.	1	—	1	—
Reins				
Néphrites	10	5	2	3
Système nerveux				
Ramollissement cérébral	1	—	—	1
Sclérose cérébrale	4	—	3	1
Accidents hystériformes	4	4	—	—
Chorée	5	5	—	—
Tic de la face	2	—	2	—
Tétanos	1	—	—	1
Zona	2	2	—	—
TOTAL	564	343	30	191

En terminant, qu'il nous soit permis de faire mention d'un certain nombre de maladies contagieuses, contractées dans la salle par des enfants entrés pour des affections d'une autre nature.

On parle depuis longtemps de construire, dans les hôpitaux d'enfants, des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses, jusqu'ici, on n'a isolé que les diphtériques.

Malgré cela, les cas intérieurs sont encore nombreux, il ne peut en être autrement, étant données des erreurs de diagnostic, presque inévitables dans certains cas.

Il est donc urgent d'isoler au moins les fièvres érup-

tives, et de plus d'affecter un local spécial aux cas douteux à leur début; on ne verrait plus alors un enfant, couché dans la salle commune, parce qu'on n'avait pas d'autre endroit où le placer, contagionner plusieurs malades, et devenir le point de départ d'une épidémie de scarlatine ou de diphtérie.

Deux fièvres typhoïdes ont contracté, l'une une scarlatine, avec angine diphtérique suivie de mort, l'autre, une rougeole qui a guéri.

Trois scarlatineux ont contracté la rougeole, l'un a guéri, deux sont morts du croup; l'un de ces derniers a eu la forme prolongée de la diphtérie, pendant près de deux mois. Quatre scarlatineux ont pris la diphtérie, de douze jours a un mois après leur entrée dans la salle, deux sont morts, deux ont guéri.

La scarlatine a frappé deux enfants, soignés l'un pour une stomatite depuis dix jours, l'autre pour une néphrite depuis plusieurs mois; ce dernier a aussi contracté la diphtérie. (Voir: Néphrite. Observation de Ch...) Le premier a guéri.

La rougeole a atteint sept enfants, en traitement pour diverses affections, depuis plus ou moins longtemps.

Le croup a fait trois victimes.

La coqueluche n'a donné lieu qu'à un seul cas intérieur.

En somme, nous notons au moins vingt-cinq cas de maladies contagieuses, nées dans notre salle de malades aigus; nous avons souvent pu remonter à l'origine du mal et retrouver l'enfant qui avait fourni le contage.

La salle des chroniques nous fournirait aussi une longue liste de rougeoles scarlatines ou diphtéries, nées

à l'intérieur. Il ne se passe pas de mois, qu'il ne s'en montre quelques-unes. A chaque instant, nous avions lieu de regretter, que l'isolement des malades se fit d'une manière aussi incomplète. L'interne de garde se trouve souvent dans le plus grand embarras, lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic rapide, dans un cas difficile, et d'envoyer le malade au pavillon des croups ou dans la salle commune. La question est des plus délicates, une salle d'attente de quelques lits rendrait alors les plus grands services.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

CHAPITRE Ier. — Fièvre typhoïde 10

Mortalité 10
Age 11
Début 11
Stomatites. Exanthèmes 17
Température 24
Durée 28
Elévations insolites de la température pendant la convalescence 33
Lenteur et irrégularités du pouls 35
Œdèmes 37
Rechutes 40
Surdité. Otite moyenne 44
Complications articulaires et osseuses 47
Péritonite 49
Entérite 53
Hémorrhagies intestinales 54
Complications pulmonaires 58
Résumé 63

CHAPITRE II. — Pneumonie franche et congestion pulmonaire 66

Age 67
Siége de la lésion 68
Etiologie 68

Début 69
Apparition tardive des signes physiques 71
Herpès 77
Pneumonie du sommet 78
Pleuro-pneumonie 79
Tracé de la température 82
Résolution lente de la pneumonie. Pneumonie tuberculeuse. 86
Elévations de la température pendant la convalescence . . 89
Congestion pulmonaire dans la pneumonie 90
Congestion idiopathique primitive, et durée de la pneumonie 94
Résumé 101

CHAPITRE III. — Broncho-pneumonie 105

§ I. *Broncho-pneumonie primitive* 106
Son existence, ses causes, sa fréquence 107
Marche et terminaisons 108
§ 2. *Broncho-pneumonie dans la rougeole* 114
Sa fréquence 114
Signes physiques 117
§ 3. *Broncho-pneumonie dans la coqueluche* 122
Forme bénigne 123
Forme grave 126
Forme pseudo-lobaire subaiguë 128
§ 4. *Broncho-pneumonie dans la fièvre typhoïde* 131
§ 5. *Broncho-pneumonie dans la diphtérie* 136
Fréquence 136
Influence des saisons. Age des malades 138
Broncho-pneumonie sans croup 139
Broncho-pneumonie avec croup 140

CHAPITRE IV. — Tuberculose pulmonaire 147

Tuberculose à forme broncho-pneumonique 148
Hémoptysie 149
Pneumothorax 152

CHAPITRE V. — Méningite tuberculeuse. 158

Age. Antécédents. Début. 159
Convulsions du début 165
Tremblement des extrémités. 167
Nystagmus 168
Respiration de Cheyne-Stokes 170
Marche de la température 173
Diagnostic. 176

CHAPITRE VI. — Tumeurs cérébrales. — Convulsions. . . 183

Tumeurs latentes 183
Symptômes 184
Erreurs de diagnostic 187

CHAPITRE VII. — Ramollissement cérébral 193

CHAPITRE VIII. — Néphrite. 199

Causes. — Néphrites primitives 200
Observation de mal de Bright chronique 201
Œdèmes et anasarque 206
Caractères de l'urine. 208
Albuminurie. 210
Fièvre. 213
Marche. Mortalité 214
Complications. 215
Résumé. 221

SOMMAIRE. 223

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE.

26.C.184.
Notes cliniques sur quelques ma1886
Countway Library BEW6813
3 2044 046 093 225

26.C.184.
Notes cliniques sur quelques ma1886
Countway Library BEW6813
3 2044 046 093 225